

# Qualitätsmanagementhandbuch

**Exemplar Nr. : 6**

**Inhaber: Prof. Braune  
Dres. Thümmler  
Dr. Hiedl  
Dr . med. Silvia Voith**

**Ausgabedatum: 2013**

- Unterliegt dem Änderungsdienst
- Nur zur Information

Hiermit wird das vorliegende Handbuch für gültig und verbindlich erklärt.

Dieses Handbuch bleibt Eigentum der neurologischen und psychiatrischen  
Fachpraxis Professor Dr.med. S.Braune/Dr.med. C. Danz &  
Elisabeth Hans-Thümmler/Dr.med. Fritz Ulrich Thümmler  
Dr .med. Silvia Voith  
Dr.med. Peter Hiedl

neuro | zentrum  
prien

neuro | zentrum  
prien

Es ist vertraulich zu behandeln und darf ohne ausdrückliche Genehmigung der Geschäftsleitung [oder der/des QMB] weder ganz noch auszugsweise vervielfältigt oder an Unbefugte weitergegeben werden.

**Bitte beachten Sie die Benutzerhinweise in Kapitel A1!**

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>A1 Benutzerhinweise</b>		Seite 1 von 3
		Check: November	Version 2

## A ALLGEMEINE HINWEISE

In diesem Kapitel werden wichtige Hinweise zum Umgang mit der QM-Dokumentation gegeben sowie die grundlegenden Begriffe und verwendeten Abkürzungen erläutert.

### A1 Benutzerhinweise

Dieses QM-Handbuch basiert auf dem Qualitätsmanagementsystem des Berufsverbandes Deutscher Neurologen, BDN, und beschreibt das Qualitätsmanagement in der neurologischen und psychiatrischen Fachpraxis

Professor Dr. med. Stefan Braune  
Dr. med. Cornelia Danz  
Elisabeth Hans-Thümmeler  
Dr. med. Fritz Ulrich Thümmeler  
Dr.med. Silvia Voith  
Dr. med. Peter Hiedl

Es wendet sich dabei vorrangig an die Mitarbeiter unseres Hauses sowie die Auditoren. Es vermittelt einen Überblick über das gesamte QM-System und trifft grundsätzliche Festlegungen zum Aufbau und zu den Abläufen der Praxis.

Das Qualitätsmanagementsystem erstreckt sich auf alle Bereiche unserer Einrichtung. Jeder Mitarbeiter des Neurozentrums ist verpflichtet, den Inhalt der aktuellen Version aller seinen Arbeitsbereich betreffenden QM-Dokumente (Handbuch, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen) zur Kenntnis zu nehmen und die entsprechenden Regelungen umzusetzen.

Das QM-Handbuch selbst ist prozessorientiert aufgebaut und folgt somit den Vorgaben der neugefassten DIN EN ISO 9001:2008. Das zugrundeliegende Prozessmodell ist in Kapitel B3 abgebildet. Eine Zuordnungsmatrix am Ende des Handbuchs (siehe Kapitel Z „Zuordnungsmatrix“) sichert die Zuordenbarkeit der einzelnen Kapitel zu den Forderungen der Norm.

Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	04.10.2011	Datum: 04.10.2011

<b>neuro   zentrum</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>A1 Benutzerhinweise</b>	Seite 2 von 3
		Check: November Version 2

Alle QM-Dokumente, vor allem die Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, gehören zum internen Betriebswissen und dürfen ohne Genehmigung der Geschäftsleitung weder vervielfältigt noch Dritten zur Einsichtnahme übergeben werden. In Rücksprache mit der Praxisleitung können jedoch Handbuchkopien erstellt und Kostenträgern, Patienten und Kooperationspartnern als Dokumentation unseres Qualitätsmanagements oder als ausführliche Information über die Praxis ausgehändigt werden.

Die QMB führt ein Verzeichnis aller ausgegebenen Handbuchkopien (Formular M4-01 „Handbuchempfänger“). Soweit möglich, wird in dem Verzeichnis der Erhalt quittiert. Auf dem Deckblatt jedes Handbuchs wird die jeweilige Exemplarnummer eingetragen und vermerkt, ob das Handbuch bei künftigen Überarbeitungen und Neuerstellungen von Kapiteln berücksichtigt wird, d. h. dem Änderungsdienst unterliegt (siehe VA M4-02 „Änderungsdienst“). Nach außen gegebene Exemplare tragen den Vermerk „Nur zur Information“, oder den Stempel „Kopie“ sie unterliegen nicht dem Änderungsdienst. Die QMB dokumentiert hier zusätzlich zum Empfänger das Ausgabedatum.

Das Zertifizierungsunternehmen erhält vor jedem Audit eine aktuelle Version der gesamten Dokumentation zur Einsicht. Zuständig für das Versenden der Unterlagen ist die QMB.

Um die Änderung einzelner Passagen zu ermöglichen, sind die Seiten des Handbuchs kapitelweise durchnummeriert. Bei jedem Kapitel ist der gegenwärtige Änderungsstand aus der Versionsnummer und dem Erstellungsdatum der aktuellen Version ablesbar. Die Versionsnummern der geltenden Fassungen der Handbuchkapitel, Verfahrens-, Arbeitsanweisungen und Formulare werden im Inhaltsverzeichnis und in den entsprechenden Übersichtslisten mit aufgeführt, so dass sich die Mitarbeiter dort jederzeit über die aktuell gültigen Regelungen in ihrem Arbeitsbereich informieren können, und zusätzlich ein schneller Überblick über Entwicklungen im Bereich der QM-Dokumentation ermöglicht wird. Für die Pflege dieser Übersichtslisten sowie für die Nummerierung, Verteilung und Änderung aller QM-Dokumente und die Kennzeichnung und Aufbewahrung veralteter Versionen ist die QMB zuständig (siehe auch Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“). Die Geschäftsleitung prüft alle nicht von ihr selbst erstellten QM-Dokumente und gibt sie auf der jeweils ersten Seite frei. Von der Geschäftsleitung geschriebene QM-Dokumente werden von der QMB geprüft und freigegeben.

In allen QM-Dokumenten wird bei Personenbezeichnungen zumeist die männliche Form verwendet. Dies dient allein der textlichen Vereinfachung und besseren Lesbar-

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	04.10.2011	Datum: 04.10.2011

<b>neuro   zentrum</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>A1 Benutzerhinweise</b>		Seite 3 von 3
		Check: November	Version 2

keit. Weibliche Personen sind selbstverständlich gleichermaßen angesprochen und gemeint.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	04.10.2011	Datum: 04.10.2011

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>A2 Abkürzungen und Definitionen</b>		Seite 1 von 6
		Check: Oktober	Version 2

## A2 Abkürzungen und Definitionen

A	= Arzt/Ärzte
AA	= Arbeitsanweisung
AEP	= Akustisch evoziertes Potential
AH	= Arzthelferin
BDN	= Berufsverband Deutscher Neurologen
BoL	= Beauftragter der obersten Leitung
BG	= Berufsgenossenschaft
BWS	= Brustwirbelsäule
CRO	= Clinical research organisation
DGN	= Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DIN	= Deutsche Industrie-Norm
EBM	= Evidenzbasierte Medizin
EEG	= Elektroenzephalogramm
EFQM	= European Foundation for Quality Management
EMG	= Elektromyographie
EN	= Europäische Norm
EQA	= European Quality Award, Europäischer Qualitätspreis
FB	= Formblatt
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GL	= Geschäftsleitung
HWS	= Halswirbelsäule
ISO	= International Organization for Standardization
KV	= Kassenärztliche Vereinigung
LAH	= Leitende Arzthelferin
LWS	= Lendenwirbelsäule
MA	= Mitarbeiter
MS	= Multiple Sklerose
MEP	= Magnetisch evoziertes Potential
NDT	= NeuroTransData/NeuroTransConceptGmbH
NLG	= Nervenleitgeschwindigkeit
PKV	= Private Krankenversicherung
SEP	= Sensibel evoziertes Potential
TQM	= Total Quality Management (Deutsch: UQM Umfassendes Qualitätsmanagement)
QM	= Qualitätsmanagement
QMB	= Qualitätsmanagementbeauftragte/r
QMH	= Qualitätsmanagementhandbuch
QMS	= Qualitätsmanagementsystem
QS	= Qualitätssicherung

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmeler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: 28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>A2 Abkürzungen und Definitionen</b>		Seite 2 von 6
		Check: Oktober	Version 2

QZ = Qualitätszirkel  
VA = Verfahrensanweisung  
VEP = Visuell evoziertes Potential

## Definitionen

Exakte Definitionen der nachfolgenden Begriffe sind in der DIN EN ISO 9000:2000 zu finden. Hier werden die Übersetzungen des Autorenteam wiedergegeben.

### **Arbeitsanweisungen (QM-Arbeitsanweisungen, AAs):**

QM-Arbeitsanweisungen beinhalten detaillierte Handlungsanweisungen für Tätigkeiten, an denen nur eine Person beteiligt ist, bzw. für einzelne Arbeitsplätze. Sie konkretisieren die Regelungen, die in einer QM-Verfahrensanweisung im Allgemeinen festgelegt sind.

### **Audit:**

(von lat. „hören“)

Regelmäßige, strukturierte Vor-Ort-Gespräche mit Mitarbeitern aller relevanten Funktionen, um die Aktualität und Normkompatibilität des QM-Systems sowie seine Wirksamkeit im Hinblick auf die Ziele der Organisation zu überprüfen.

### **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 dürfen jeweils nicht aus dem zu auditierenden Bereich stammen.

### **Beauftragter der obersten Leitung:**

Aus dem Führungskreis stammende Person, die die Einführung und Weiterentwicklung des QM-Systems steuert und für die Umsetzung der obersten Ebene verantwortlich ist.

### **Evidenzbasierte Medizin (EBM):**

(Evidenz = Bestätigung)

Ein gewissenhafter, ausdrücklicher und vernünftiger Gebrauch der augenblicklich besten externen wissenschaftlichen Belege für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: 28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>A2 Abkürzungen und Definitionen</b>		Seite 3 von 6
		Check: Oktober	Version 2

**Formblatt, Formular:**

In bestimmter Weise auszufüllender Vordruck auf Papier oder in der EDV. Leere Formblätter gehören somit zu den mitgeltenden Dokumenten, während sie ausgefüllt meist Qualitätsaufzeichnungen darstellen.

**Geschäftsleitung:**

Die Inhaber der Praxis.

**Kaizen:**

(jap.)  
Philosophie der kontinuierlichen Verbesserung.

**Mitgeltende Dokumente:**

Dokumente auch externer Herkunft, die zusätzliche Anweisungen für die Ausführung einer Arbeitstätigkeit enthalten und auf die somit an relevanter Stelle verwiesen wird. Zu denken ist hierbei z. B. an Gesetze und BG-Vorschriften, Hygienepläne, Betriebsanleitungen oder zu verwendende Formblätter.

**Organigramm:**

Darstellung des Aufbaus einer Organisation durch graphische Veranschaulichung der Über- und Unterstellungsverhältnisse gemäß festgelegter Konventionen.

**PDCA-Zyklus:**

PDCA bedeutet Plan, Do, Check, Act. Er wird 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 wieder finden.

**Politik und Strategie:**

Feststellungen zu den Rahmenbedingungen und daraus abgeleitet grundlegende Taktiken zur Führung der Praxis und ihrer Mitarbeiter hin zu den gesetzten Visionen.

**Praxisleitlinie:**

Darlegung des Umgangs mit grundsätzlichen Aspekten der Patientenversorgung wie z. B. der Verschreibung von Generika, möglichst auf der Grundlage eines Gruppenkonsenses der an dem Qualitätsmanagementprogramm teilnehmenden Praxen des BDN.

**Prozess:**

Der gesamte Hergang von den ursprünglichen Kunden- und Organisationserwartungen über deren Umsetzung im Praxisablauf bis hin zur Überprüfung der Ergebnisse.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: 28.06.2010	Datum: 02.08.2010



neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>A2 Abkürzungen und Definitionen</b>		Seite 4 von 6
		Check: Oktober	Version 2

**Prozesseigner:**

Von der Geschäftsleitung beauftragter Mitarbeiter, der für das reibungslose Funktionieren und die kontinuierliche Weiterentwicklung eines bestimmten Praxisprozesses verantwortlich ist.

**Prozessogramm:**

Veranschaulichung der Ablauforganisation der Praxis durch graphische Darstellung der Hauptprozesse und ihrer Wechselwirkungen.

**Qualität:**

Qualität ist in der DIN EN ISO 9008 gleichbedeutend mit der Erfüllung der (vom Kunden/ von der Organisation) vorgegebenen Anforderungen.

**Qualitätsaufzeichnungen:**

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

**Qualitätsmanagement:**

Bewusste Planung durch die Leitung, Überprüfung und kontinuierliche Verbesserung der qualitätsrelevanten Aspekte und Abläufe einer Organisation.

**QM-Bewertung, Management-Review:**

Mindestens jährlich durch die Praxisleitung durchzuführende Bewertung des QM-Systems, u. a. auf Basis der Auditergebnisse, inklusive Ableitung eventueller Verbesserungsmaßnahmen.

**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 QM-Verfahrensweisungen
- die QM-Arbeitsanweisungen

**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

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmeler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: 28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>A2 Abkürzungen und Definitionen</b>		Seite 5 von 6
		Check: Oktober	Version 2

QM-Systems. Im QM-Handbuch wird auf die nachgeordneten QM-Verfahrens[- und Arbeits]anweisungen verwiesen.

**Qualitätssicherung:**

Das Festlegen und Einhalten von Standards für bestimmte Produkte und Tätigkeiten.

**Qualitätszirkel:**

Qualitätszirkel sind zeitlich begrenzte Sitzungen von zumeist funktionsübergreifend zusammengesetzten Arbeitsgruppen zur Durchführung bestimmter Verbesserungsprojekte.

**Verfahrensanweisungen (QM-Verfahrensanweisungen, VAs):**

QM-Verfahrensanweisungen konkretisieren die grundsätzlichen Festlegungen des QM-Handbuches. Sie regeln Abläufe, an denen mehrere Personen beteiligt sind, und enthalten Verweise auf QM-Arbeitsanweisungen, externe Regelwerke, Formblätter und Qualitätsaufzeichnungen. Jede VA umschließt somit mindestens eine Schnittstelle.

**Versorgungsleitlinie:**

Indikationsspezifische Beschreibung medizinischer Abläufe in der Praxis, möglichst auf der Grundlage eines Gruppenkonsenses der an dem Qualitätsmanagementprogramm teilnehmenden Praxen des BDN. Versorgungsleitlinien werden auf der Grundlage der wissenschaftlichen Leitlinien AWMF/äzq entwickelt, beschreiben aber nur die Handhabung ausgewählter Versorgungsprobleme.

**Vision:**

(lat. „das Sehen“, „Erscheinung“)

Beschreibung, wie die Organisation in der Zukunft aussehen möchte. Gewissermaßen der „Traum“ der Praxisinhaber.

**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 (z. B. am Jahresende unter 5% Fehler bei allen organisatorischen Prozessen)
- Ziele der Mitarbeiter (z. B. Arzthelferin Y soll bis Termin X PC-Schulung absolvieren)

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: 28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>A2 Abkürzungen und Definitionen</b>		Seite 6 von 6
		Check: Oktober	Version 2

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.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: 28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>B Beschreibung der Praxis</b>		Seite 1 von 7
		Check: November	Version 3

## B BESCHREIBUNG DER PRAXIS

Das folgende Kapitel beschreibt die Rahmenbedingungen, Leistungen und Besonderheiten sowie die grundlegende Struktur unserer Einrichtung und der Abläufe der ambulanten neurologischen Versorgung.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>B Beschreibung der Praxis</b>	Seite 2 von 7
		Check: November Version 3

## B1 Selbstdarstellung

Die neurologische

Professor Dr. med. Stefan Braune  
Dr. med. Cornelia Danz

und die psychiatrische Gemeinschaftspraxis

Elisabeth Hans-Thümmeler  
Dr. med. Fritz Ulrich Thümmeler  
Dr. med. Silvia Voith

im Neurozentrum Prien, Bernauer Str. 12, 83209 Prien,

Schmerztherapie:

Dr. med. Peter Hiedl  
Im Neurozentrum Prien  
Bernauer Str. 12  
83209 Prien,

wird von Fachärzten für Neurologie, Psychiatrie, Nervenheilkunde geleitet. Folgende Zusatzqualifikationen sind im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit anerkannt: spezielle Schmerztherapie, Psychotherapie, Schlafmedizin, Psychosomatische Grundversorgung, Doppler- und Duplexsonographie der hirnersorgenden Gefäße. In der Einrichtung im Ortszentrum von Prien ist derzeit ein Team von insgesamt 15 Personen tätig. Die Praxis ist mit Bahn und Bus leicht zu erreichen. In unmittelbarer Nähe stehen an der Wendelsteinstraße, der Geigelsteinstraße und der Beilhackstraße eine große Anzahl von öffentlichen Parkplätzen in unmittelbarer Nähe wenige Gehminuten entfernt. Die Praxis befindet sich mit ca. 400 m<sup>2</sup> Fläche im 1.Stock des Neurozentrums, die schlafmedizinisch und schmerztherapeutische Einrichtungen mit ca. 330 qm im 2.Stock mit 150 qm. Alle Räume sind behindertengerecht ausgestattet und per Lift zu erreichen.

Seit 01.01.1984 bestand die nervenärztliche Praxisgemeinschaft von Elisabeth Hans-Thümmeler und Dr. med. Fritz Ulrich Thümmeler am Marktplatz 5 in Prien. Mit Eintritt

Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>B Beschreibung der Praxis</b>	Seite 3 von 7
		Check: November Version 3

vom Herrn Professor Dr. med. Stefan Braune am 01.01.2002 wurde der Praxisbetrieb in die Schwerpunkte Neurologie und Psychiatrie aufgegliedert. Seit 01.04. 2002 hat die neue Praxisgemeinschaft den Betrieb in den Räumen des Neurozentrums Prien in der Bernauer Strasse 12 aufgenommen. Sprechzeiten sind montags bis freitags von 8.30 – 13.00 Uhr; montags und mittwochs von 14.00 bis 18.00 und Dienstag und Donnerstag von 15.00 bis 18.00 Uhr. Die Fachpraxis bietet ein breites Spektrum an Diagnostik und Therapien an. Das diagnostische Leistungsangebot umfasst ein neurophysiologisches Labor mit EEG, Langzeit-EEG, evozierte Potentialen (AEP, VEP, SEP, MEP), Neurographie und Nadel-EMG, extra - und transkranielle Doppler- und Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße, Lumbalpunktion. An spezifischen Untersuchungsmethoden werden die neuropsychologische Diagnostik auf psychiatrischem Fachgebiet sowie im Rahmen der speziellen Schmerztherapie sowie 4 Messplätze zur ambulanten Polysomnographie angeboten. In Kooperation mit Fachkollegen am Ort sowie in Traunstein und Rosenheim bestehen enge Kooperationen auf den Gebieten Bildgebung mit Computertomographie, Kernspintomographie und Nuklearmedizin, Schmerztherapie einschließlich röntgengesteuerter invasiver Optionen für Infiltrationen und Kryoanalgesie, bei verhaltensorientierter Psychotherapie und beim Einsatz von Zytostatika bei neurologischen Erkrankungen. Mit der Triamedklinik Prien und der Simsseeklinik Bad Endorf besteht ein Konsiliararztvertrag für die neurologische und psychiatrische Versorgung. Das Neurozentrum Prien ist als Schwerpunktpraxis für Multiple Sklerose von der Deutschen Gesellschaft für Multiple Sklerose zertifiziert. Das Neurozentrum Prien ist Mitglied der überörtlichen Exzellenz-Netzwerke von Neurotransdata und Neurotransconcept. Die Fachärzte führen regelmäßig Begutachtungen für Sozialgerichte, Rentenversicherungen, gesetzliche und private Unfallversicherungen durch.

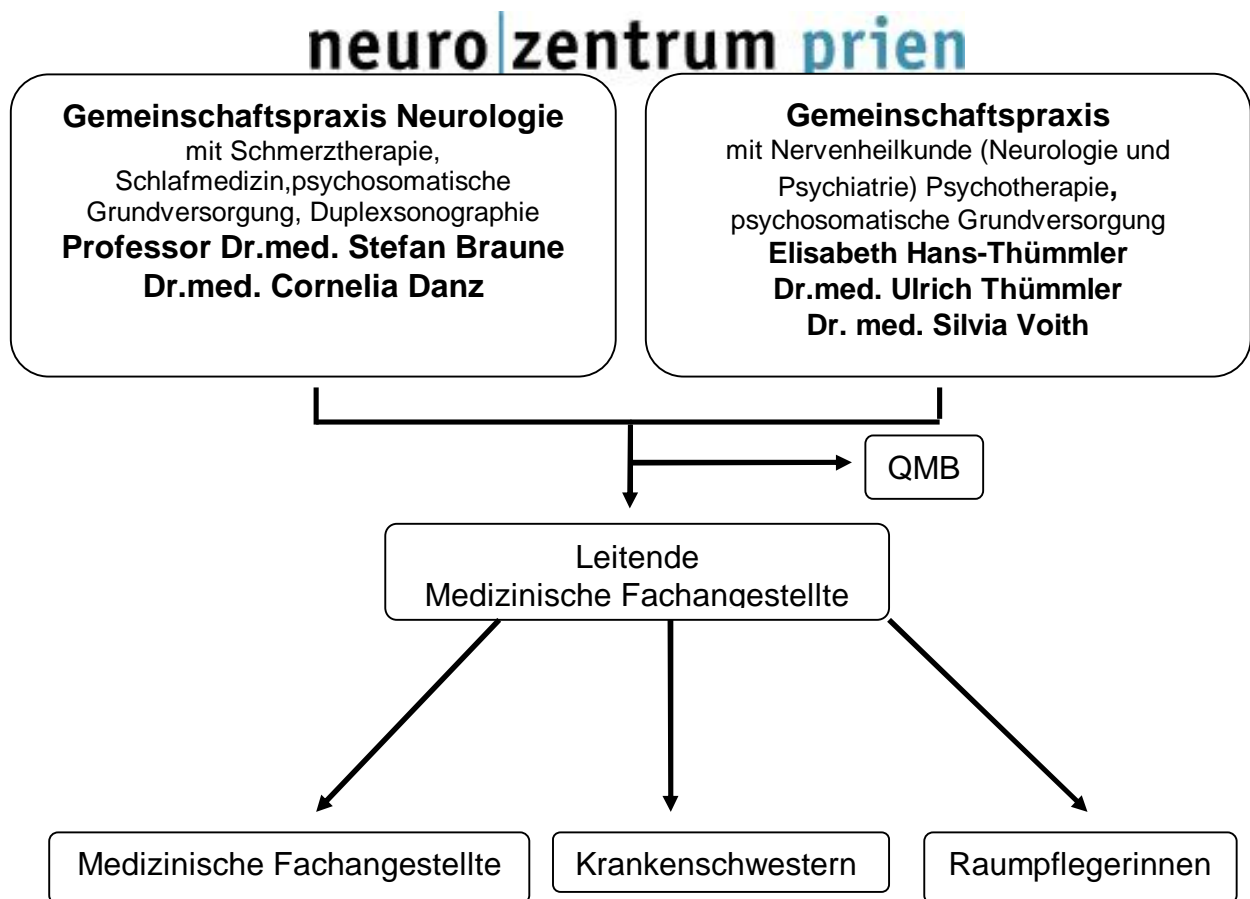
Das Neurozentrum Prien ist für Patienten und zuweisende Ärzte das ganze Jahr über kontinuierlich Ansprechpartner. Ziel ist es in allen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern ein medizinisch hoch qualifiziertes, menschlich ansprechendes und sozial kompetentes Angebot der ambulanten/teilstationären Versorgung zu bieten. Dazu gehört auch die Teilnahme an Programmen zur sektorübergreifenden integrierten Versorgung, aktuell für die Krankheitsbilder Depression und Morbus Parkinson. Neben dem hohen fachlichen Niveau ist durch die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements einschließlich Zertifizierung auch der exzellente organisatorische Standard einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterworfen. Die Praxen nehmen teil am Qualitätsmanagementprogramm des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und Nervenärzte und ist innerhalb des Programms unter Beachtung der Prinzipien und Tugenden evidenzbasierter Medizin (EBM) aktiv an der Weiterentwicklung ambulanter neurologischer und psychiatrischer Versorgungsstandards beteiligt.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>B Beschreibung der Praxis</b>	Seite 4 von 7
		Check: November

## Organigramm

Das folgende Organigramm gibt die Aufbauorganisation der beteiligten Praxen wieder. Ergänzend hierzu existieren für alle Mitarbeiter Stellenbeschreibungen (Formular S1-07 „Stellenbeschreibung“), die im Ordner „Mitgeltende Dokumente“ aufbewahrt werden.



Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

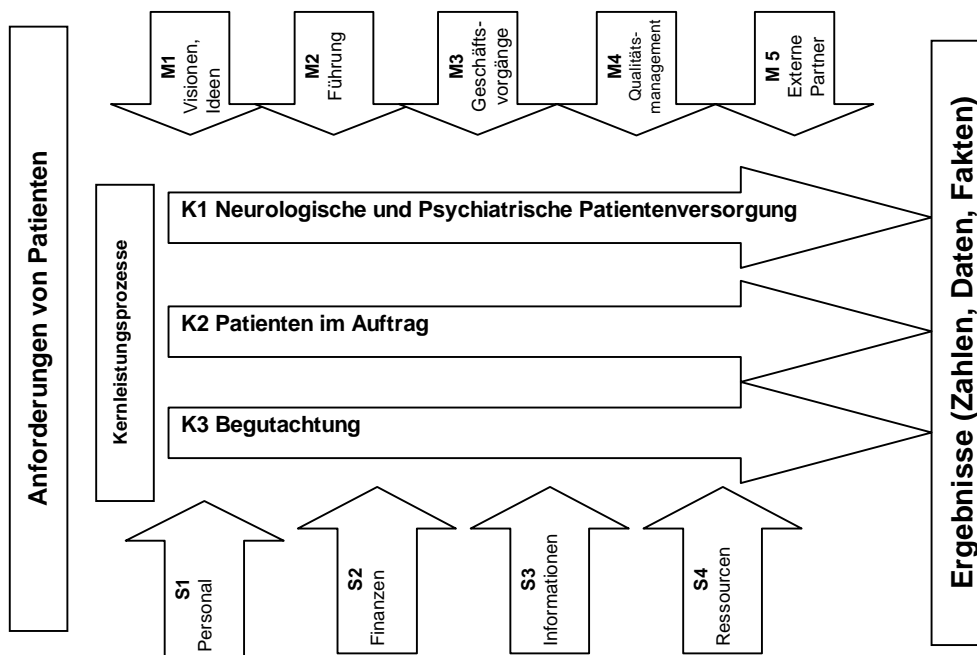
neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>B Beschreibung der Praxis</b>	Seite 5 von 4
		Check: November

in Zusammenarbeit mit

- Institut für Schlafstörungen und Epilepsie  
Professor Dr.med. Stefan Braune  
Private Krankenanstalt nach § 30
- Praxis für Psychotherapie und Coaching  
Dr.med. Adalbert Martin
- Praxis für Schmerztherapie  
Dr.med. Peter Hiedl

### B3 Prozessmodell

Die Ablauforganisation der Praxis wird im folgenden Prozessogramm dargestellt. Die einzelnen Prozesse dienen hierbei zugleich als Referenz für den Aufbau und die Nummerierung der QM-Dokumentation (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“).



Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013



<b>neuro   zentrum</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>B Beschreibung der Praxis</b>	Seite 6 von 4
		Check: November Version 3

Zentrum des obigen Schaubilds sind die Kernleistungsprozesse des Neurozentrums.

Hierzu gehören die neurologische, psychiatrische psychotherapeutische, schlafmedizinische und schmerztherapeutische Patientenversorgung von der Terminvergabe über Diagnostik und Therapie bis hin zur Abrechnung (siehe Kapitel K1 „Kernleistungsprozesse der neurologischen Patientenversorgung“), außerdem die Patientenversorgung im Auftrag und die Erstellung neurologischer und psychiatrischer Gutachten (siehe Kapitel K2 und K3). All diesen Prozessen ist gemeinsam, dass sie unter Beachtung der sozialgesetzlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen die von den Kunden der Praxis (Patienten, Kostenträger, Zuweiser) geäußerten Erwartungen in Leistungen umwandeln und zu klar feststellbaren Ergebnissen führen (Gesundheitszustand, Aufklärung/Informiertheit, Finanzen, kriteriums- und ereignisbezogene Zufriedenheit, etc.).

Struktur und Qualität dieser medizinischen Vorgänge wird von zwei weiteren Gattungen von Prozessen entscheidend mitbeeinflusst: den Management- und den unterstützenden bzw. Supportprozessen.

Zu den Managementprozessen zählen die strategische Planung und Weiterentwicklung der Praxis mittels Vision, Strategie und Politik, Zielen sowie gezielter Ideensuche und -verfolgung (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“). Qualitätsmanagement kann und soll ein Motor für Prozessverbesserungen hin zu den gesetzten Zielen sein (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“). Außerdem spielen die von den Führungskräften verdeutlichten und gelebten Prinzipien und Werte (siehe Kapitel M2 „Führungsprozesse“) sowie die Geschäftsprozesse eine wichtige Rolle (siehe Kapitel M3 „Geschäftsprozesse“). Nicht zuletzt nehmen Erwartungen und Forderungen von externen Partnern der Einrichtung Einfluss auf die Ausgestaltung der Praxisabläufe und -bestrebungen (siehe Kapitel M5 „Management externer Partner“).

Die so genannten Support- bzw. Unterstützungsprozesse stellen die für die Kernleistungsprozesse notwendigen Ressourcen bereit. Hier sind zuallererst Verfahren der Mitarbeiterauswahl, -vergütung und -förderung zu nennen (siehe Kapitel S1 „Mitarbeiterbezogene Prozesse“). Darüber hinaus werden für die tägliche Arbeit Finanzen, Informationen und Sachmittelressourcen wie Räumlichkeiten, Geräte und Praxisinventar benötigt (siehe Kapitel S2 bis S4). Gerade bei letzteren kommen auch sicherheits- und haftungsrelevante Aspekte zum Tragen (siehe Kapitel S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“).

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>B Beschreibung der Praxis</b>		Seite 7 von 4
		Check: November	Version 3

Jedem der aufgeführten 13 Kernleistungs-, Management- und Supportprozesse ist ein Prozesseigner zugeteilt, der für das Funktionieren und die kontinuierliche Weiterentwicklung der zugehörigen Abläufe verantwortlich ist (siehe Kapitel M3 „Geschäftsprozesse“).

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M Managementprozesse</b>		Seite 1 von 1
		Check: November	Version 4

## **M MANAGEMENTPROZESSE**

Im folgenden Kapitel werden die Managementprozesse des Neurozentrum Prien dargestellt. Hierzu gehören die Entwicklungsprozesse inklusive der Visionen, Strategien und Ziele unseres Hauses, des Weiteren die Führungs-, Geschäfts- und Qualitätsmanagementprozesse sowie das Management externer Partner (siehe Kapitel B3 „Prozessmodell“).

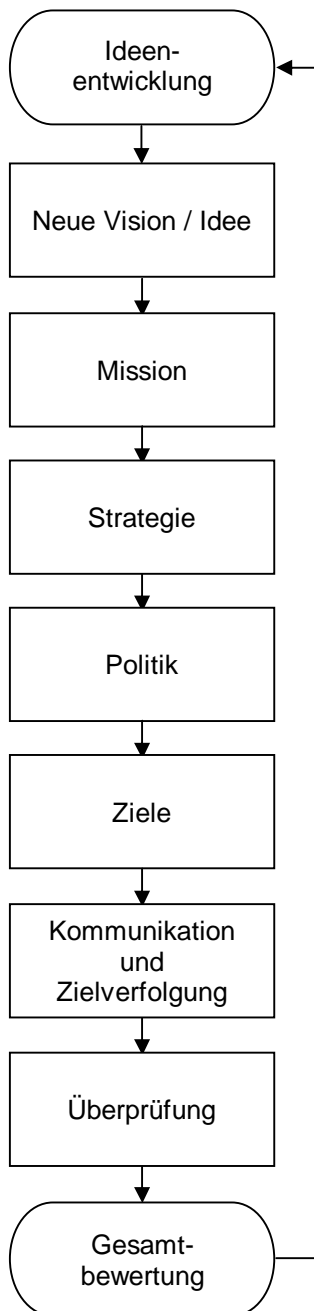
Prozesseigner ist zumeist die Geschäftsleitung.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M1 Entwicklungsprozesse</b> <b>- Visionen - Ideen</b>	Seite 1 von 6
		Check: November
		Version 4

## M1 Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen

Im Folgenden wird beschrieben, wie das Neurozentrum Prien gezielt Ideen sammelt, zu Visionen, Strategien und Zielen verdichtet, diese verfolgt sowie am Ende überprüft und bewertet. Prozesseigner ist die Geschäftsleitung



Der Erfolg unserer Praxis beruht auf hoher fachlicher und menschlicher Qualität der Arbeit und auf dem Prinzip des Kaizen, d. h. der Philosophie der kontinuierlichen Verbesserung und Weiterentwicklung.

### *Ideen- und Beschwerdemanagement*

Wir führen digital in der Praxissoftware ein sogenanntes Ideen- und Beschwerdebuch. Alle Mitarbeiter sollen Ideen aufschreiben, wie Praxisabläufe verbessert oder neue Angebote erschlossen werden können. Auftauchende Schwierigkeiten und Beschwerden werden in der Praxissoftware entsprechend festgehalten. Zudem werden Fehler, Probleme, Organisationsthemen und Ideen auch in den regelmäßigen Teamsitzungen, in Vier-Augengesprächen bearbeitet.

Alle Medizinischen Fachangestellten sind dafür zuständig, von Patienten oder ihren Angehörigen geäußerten Ideen und Beschwerden zu notieren. Die Vorschläge/Beschwerden werden ausgedruckt und von der/dem QMB-Vertretung mit in die monatlichen Sitzungen genommen (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“), dort besprochen und Verbesserungsmaßnahmen mit den entsprechenden Verantwortlichen ausgearbeitet. Die Sitzung wird protokolliert und das Protokoll von allen Mitarbeitern gegengezeichnet.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmeler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>M1 Entwicklungsprozesse</b> <b>- Visionen - Ideen</b>	Seite 2 von 6
		Check: November

### Qualitätszirkel

Regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel mit Teilnehmern aus ein oder mehreren Arbeitsbereichen sollen zusätzlich Probleme im Praxisablauf identifizieren, Lösungen erarbeiten und deren Umsetzung koordinieren. Die Sitzungen werden protokolliert, die Protokolle befinden sich im Ordner „Qualitätsdokumente“.

### *Audits und Kennzahlensystem*

Weitere wichtige Quellen für neue Ideen und Projekte sind die regelmäßig durchgeführten Mitarbeiter-, Patienten- und Zuweiserbefragungen sowie Prozessanalysen und -validierungen (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“ und Kapitel M3 „Geschäftsprozesse“). Zudem können sich aus internen und externen Audits wichtige Hinweise ergeben (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“).

### *Mitarbeiterschulung und Fachtagungen*

Durch die jährliche Erfassung und Festlegung des Schulungsbedarfs anhand von Personalbeurteilung und Mitarbeitergesprächen (siehe Kapitel S1 „Mitarbeiterbezogene Prozesse“) ist eine stete fachliche Weiterentwicklung jedes einzelnen Mitarbeiters gewährleistet. Das gelernte Wissen aus externen Fortbildungen wird von den Teilnehmern jeweils in einer der nächsten Teamsitzungen zusammengefasst an die Anderen weitergegeben. Ebenso verhält es sich mit den Fachtagungen, die von der ärztlichen Leitung besucht und, wo möglich, durch eigene Beiträge bereichert werden.

### *Fachliteratur*

Das Neurozentrum Prien hat eine Anzahl von relevanten Zeitschriften abonniert, die von allen Mitarbeitern eingesehen und für begrenzte Zeit auch entliehen werden können.

### **Neue Vision/Idee**

Bei der jährlichen QM-Bewertung (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“) überprüft die Geschäftsleitung die Vision der Praxis und nimmt gegebenenfalls Anpassungen und/oder Erweiterungen vor. Hieraus sowie aus den aktuellen Rahmenbedingungen werden dann Politik und Strategie der Organisation abgeleitet und konkrete, messbare Qualitäts- und Unternehmensziele für das kommende Jahr formuliert. Zu jedem Ziel werden zudem Verantwortliche, Zeitrahmen und benötigte Ressourcen im Protokoll der Besprechung festgehalten.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>M1 Entwicklungsprozesse</b> <b>- Visionen - Ideen</b>	Seite 3 von 6
		Check: November Version 4

Aktuell lauten unsere Vision, Mission, Strategie und Politik sowie unsere Ziele wie folgt:

### **Vision**

1. Die ärztliche Leitung führt die Praxismitarbeiter durch konsequente Weiterbildung zum Aufbau einer exzellenten Organisation mit überregionalem Ruf.
2. Die stete Kundenorientierung des gesamten Praxisteam äußert sich in Bestnoten in allen Bereichen unserer regelmäßigen Patientenbefragungen.
3. Die bestehenden Vernetzungen innerhalb NeuroTransdata und NeuroTransConcept werden weiter ausgebaut. Lokale Vernetzungen und interdisziplinäre Versorgungsstrukturen werden weiter entwickelt um den Anforderungen und Möglichkeiten künftiger gesundheitspolitischer Vorgaben gerecht werden zu können.
4. Möglichkeiten der Teilnahme an integrierten Versorgungskonzepten werden weiter ausgebaut und aktiv betrieben, aktuell „Videogestützte Parkinsontherapie“.
5. Die Möglichkeiten und Kapazitäten der bestehenden Praxisstrukturen werden qualitativ verbessert durch Weiterbildung ärztlicher und nicht-ärztlicher Mitarbeiter, Etablierung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren, Gewinnung und Integration neuer ärztlicher und nicht-ärztlicher Mitarbeiter, Intensivierung von Kooperationen.

### **Philosophie:**

Wir haben eine schöne und wertvolle Aufgabe im Dialog mit unseren Patienten und Kooperationspartnern in der ambulanten fachärztlichen Versorgung in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Schlafmedizin und Schmerztherapie, die wir durch empathische, kompetente Arbeit auf qualitativ hohem Niveau nach jeweiligem Stand des Wissens in allen Bereichen erfüllen. Grundlage der Betreuung der Patienten ist eine Wahrnehmung des einzelnen Patienten mit möglichst vielen Aspekten seiner Symptomatik, aber auch seiner Persönlichkeit, um eine adäquate individuelle Behandlung und Begleitung zu ermöglichen.

### **Qualitätspolitik und Strategie**

1. Das Erreichen der genannten Visionen und unserer Mission kann nur durch kontinuierliche Qualifikation der ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeiter sowie durch ein hohes Maß an Zufriedenheit und Identifikation der Mitarbeiter mit der Zielsetzung, ihren individuellen Aufgaben und dem Arbeitsumfeld erreicht werden.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M1 Entwicklungsprozesse</b> <b>- Visionen - Ideen</b>		Seite 4 von 6
		Check: November	Version 4

Deswegen sind kontinuierliche Bemühungen zur Weiterentwicklung des einzelnen Mitarbeiters, des Teams sowie von Angeboten und Abläufen der Praxis im Kontext des Neurozentrums Prien unabdingbarer Bestandteil beim Erreichen der genannten Ziele.

2. Einen hohen Stellenwert zum Erreichen einer hohen Versorgungsqualität besitzt die Zusammenarbeit im Neurozentrum Prien sowie mit den jeweiligen Haus- und Fachärzten im Zuweisungsbereich sowie in den stationären Einrichtungen, sodaß Pflege und Intensivierung der Zuweiserbindung Grundlage der langfristigen Ausrichtung ist.
3. Neben der regionalen Vernetzung mit Zuweisern und lokalen Netzwerkstrukturen wird die überregionale Integration in qualitätsorientierte Netzwerke wie NTD/NTC intensiviert, die Vernetzung mit Leistungsanbietern höherer Versorgungsstufen wie die Münchner Universitätskliniken etabliert.
4. Schaffung von Ressourcen und Implementierung von QM-Strukturen zur regelmäßigen Durchführung klinischer Studien.

### **Kommunikation und Zielverfolgung**

Die ärztliche Leitung legt die Vision, Mission, Strategie und Politik sowie die aktuellen Ziele jeweils im entsprechenden Handbuchkapitel dar, die Mitarbeiter werden durch den Änderungsdienst (siehe VA M4-02 „Änderungsdienst“) über jegliche Neuerungen oder Anpassungen in diesem Bereich informiert. Zudem nutzt die ärztliche Leitung die regelmäßigen internen Besprechungen und bei Bedarf auch weitere Kommunikationsmittel und -wege (siehe Kapitel M2 „Führungsprozesse“), um den Mitarbeitern die Inhalte zu vermitteln und ihren eigenen Beitrag zum Gelingen zu verdeutlichen.

Die benannten Verantwortlichen für die einzelnen Ziele berichten der Geschäftsleitung ca. vierteljährlich über Aktivitäten und erreichte Fortschritte. Hier wird auch jeweils reflektiert, ob das Ziel selbst, der Zeitrahmen und das festgelegte Budget noch angemessen sind, oder Veränderungen vorgenommen, die Zielverfolgung vielleicht sogar eingestellt werden muss.

Bei zeit- und/oder kostenintensiven Projekten wie z. B. der Entwicklung neuer Angebote wird zudem ein QM-Plan geführt (Formular M1-01 „QM-Plan“). Hier trägt der Projektverantwortliche oder die/der QMB mindestens vierteljährlich alle erfolgten und geplanten Maßnahmen mitsamt Kriterien zu ihrer Erfolgsbeurteilung ein. Anhand dieser Kriterien überprüft er am Ende jedes einzelnen Entwicklungsschrittes, ob die

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>M1 Entwicklungsprozesse</b> <b>- Visionen - Ideen</b>	Seite 5 von 6
		Check: November Version 4

Projektplanung insgesamt noch eingehalten werden kann und soll oder ob sich veränderte Erfordernisse und Bedürfnisse ergeben haben. Gegebenenfalls wird das Projekt in Rücksprache mit der Leitung abgebrochen. Vor der Einführung neuer Leistungen und Angebote werden diese nochmals im Hinblick auf die Erfüllung der anfänglich damit verbundenen Zielsetzungen und Erwartungen bewertet. Dies und jegliche Veränderungen an der Projektplanung werden ebenfalls im QM-Plan dokumentiert.

### **Zielüberprüfung**

In den halbjährlichen Strategiesitzungen der Leitung wird generell der aktuelle Stand und die Angemessenheit aller aufgestellten Ziele überprüft. Gegebenenfalls werden Ziele angepasst. Dokumentiert ist dies im Protokoll der Besprechung. Über den Änderungsdienst wird nötigenfalls auch das entsprechende Handbuchkapitel korrigiert und das Praxisteam informiert (siehe oben).

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmeler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013



neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M1 Entwicklungsprozesse</b> <b>- Visionen - Ideen</b>		Seite 6 von 6
		Check: November	Version 4

### Gesamtbewertung

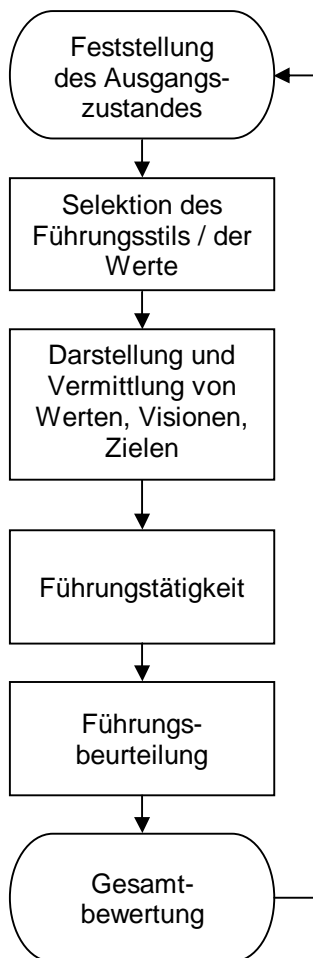
Bei der jährlichen QM-Bewertung (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“) betrachtet die Geschäftsleitung zusammenfassend, welche Ziele im vergangenen Jahr wie weit erfüllt werden konnten. Sie reflektiert über mögliche Ursachen und Widerstände bei Nichterreichung, legt neue Ziele für das kommende Jahr fest und beschließt gegebenenfalls auch generelle Veränderungen am Prozess der Zielformulierung, -vermittlung und -verfolgung. Dokumentiert ist dies im Protokoll der QM-Bewertung (siehe Anfang des Kapitels).

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune Dres. Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>M2 Führungsprozesse</b>	Seite 1 von 4
		Check: November

## M2 Führungsprozesse

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, wie die ärztliche Leitung unserer Einrichtung Werte und Führungsprinzipien festlegt, verdeutlicht, umsetzt und reflektiert. Prozesseigner dieses Prozesses ist die Geschäftsleitung.



### Feststellung des Ausgangszustandes

Grundsätzlich verfolgt die Leitung des Neurozentrums Prien einen partnerschaftlichen Führungsstil. Hiermit ist gemeint, dass die einzelnen Mitarbeiter gemäß ihrer Eigenschaften, vor allem gemäß ihrer besonderen Fähigkeiten und ihrer Motivationslage, geführt und gefördert werden.

Durch klar festgelegte Anforderungsprofile bei der Einstellung neuer Mitarbeiter und durch die jährlichen Personalbeurteilungen (siehe Kapitel S1 „Mitarbeiterbezogene Prozesse“) verschafft sich die ärztliche Leitung einen Einblick in die Stärken und Verbesserungspotentiale eines jeden Mitarbeiters. Im Rahmen der jährlichen Zielneuformulierung und Planung des Personalbedarfs (siehe Kapitel S1 „Mitarbeiterbezogene Prozesse“) werden diese Personalbeurteilungen von der Geschäftsleitung zusammenfassend betrachtet und hieran und anhand der ebenfalls jährlich durchgeführten Führungsbeurteilung (siehe weiter unten) festgestellt, inwieweit der gewünschte Führungsstil im vergangenen Jahr verwirklicht werden konnte.

Als weitere Informationsquellen dienen die Ergebnisse der internen und externen Audits (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“), die in derselben Sitzung besprochen werden, sowie von Mitarbeitern im Beschwerdepatienten oder Ideenpatienten (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“) oder in Personalgesprächen geäußerte Kritik.

### Selektion des Führungsstils und der Werte

Anhand der erhaltenen Ergebnisse überdenkt die ärztliche Leitung den bisherigen Führungsstil und legt ggf. ein neues Grundverständnis von Führung, neue Führungs-

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M2 Führungsprozesse</b>	Seite 2 von 4
		Check: November Version 4

prinzipien und -methoden fest. Speziell aus dem Profil der Führungsbeurteilung (siehe weiter unten) werden für die/ jede einzelne Führungsperson konkrete Ziele für die Führungstätigkeit im kommenden Jahr abgeleitet und bei der nächsten Bewertung auf Erreichung überprüft. Grundanspruch hierbei ist, dass die durchschnittliche Beurteilung in allen Bereichen im oberen Drittel der Skala liegen sollte. Die Führungsperson überlegt, durch welche Maßnahmen und Methoden solche Werte auf lange Sicht erzielt werden könnten und holt sich dazu ggf. beim Praxispersonal nähere Informationen und Ideen ein. Führungsverständnis und konkrete Ziele sind zunächst im Protokoll der Bewertung nachzulesen, das sich im Arztzimmer unter Verschluss befindet.

### **Darstellung und Vermittlung von Werten, Visionen und Zielen**

Führungsprinzipien, Visionen, Ziele und Werte der Praxis werden den Mitarbeitern im geeigneten Umfang im QM-Handbuch, in Besprechungen, in Einstellungs- und Personalgesprächen, ggf. auch über Handouts oder Aushänge bekannt gegeben. Die ärztliche Leitung veranlasst, dass die Praxisziele und -werte in den regulären Besprechungen (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“) regelmäßig thematisiert werden und jeder einzelne Mitarbeiter seinen Beitrag bei der Verwirklichung erkennt. Bei Bedarf werden die Werte und Ziele von der ärztlichen Leitung oder der leitenden Medizinischen Fachangestellten auch in Personal- und sonstigen Vier-Augen-Gesprächen angesprochen. Nicht zuletzt handelt jede Führungskraft entsprechend der aufgestellten Prinzipien, Werte und Ziele und verdeutlicht diese somit durch ihr Vorbild.

Für den Umgang miteinander und für den Patienten gelten folgende Grundregeln:

#### *Grundregeln der Kommunikation mit unseren Patienten:*

Ein guter Umgang mit Patienten ist das Resultat folgender Grundhaltung, der sich das gesamte Team verpflichtet fühlt:

- Wir haben ein persönliches Interesse an unseren Patienten.
- Wir nehmen unsere Patienten ernst.
- Wir gehen auf die Patienten und ihre Probleme ein.
- Wir bleiben ruhig.
- Wir möchten, dass sich unsere Patienten auf uns verlassen können.

Diese Grundhaltung äußert sich bei vielen Gelegenheiten, die an dieser Stelle nicht alle aufgezählt werden können. Einige Beispiele sind jedoch die folgenden Punkte, die sich unserer Meinung nach unter den Begriffen „Höflichkeit“ und „Freundlichkeit“ verbergen:

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch M2 Führungsprozesse</b>	Seite 3 von 4
		Check: November Version 4

- Wir begrüßen die Patienten freundlich.
- Wir lassen die Patienten nicht unnötig warten.
- Wir schenken den Patienten auch mal ein Lächeln.
- Bei Beschwerden bleiben wir ruhig und beheben das Problem möglichst sofort.
- Wir bitten unsere Patienten, Dinge zu tun, und verteilen keine Befehle.
- Wir begleiten die Patienten zu den Arztzimmern.
- Wir erkundigen uns nach dem Befinden der Patienten, wenn es die Zeit zulässt.
- Wir verabschieden uns in netter Form von den Patienten.
- Wir sprechen die Patienten mit Namen an.
- Wir sprechen mit den Patienten in ruhiger Tonlage.

#### *Grundregeln der Kommunikation im Team*

- Wir sind füreinander da, auch wenn es Probleme gibt.
- Wir gehen respektvoll, offen und partnerschaftlich miteinander um.
- Wir arbeiten zusammen, nicht gegeneinander.
- Wir nehmen einander gerne auch einmal Arbeit ab.
- Wir wissen, dass jeder Mensch anders ist, und versuchen, Verständnis füreinander zu haben.
- Kritik und Lob sprechen wir direkt an.
- Wir lassen Kritik zu, ohne gleich in die Luft zu gehen.
- Mobbing dulden wir nicht. Bemerkten wir Ansätze für Mobbing, stellen wir uns hinter den, der gemobbt wird.
- Müssen wir „Dampf ablassen“, geschieht dies im vertraulichen Vier-Augen-Gespräch.

#### **Führungstätigkeit**

Im täglichen Ablauf wenden alle Führungskräfte die festgelegten Führungsstile und -methoden an. Sie achten auf angemessene Sprache und Kleidung des gesamten Personals, sodass ein einheitliches Erscheinungsbild hergestellt wird. Alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt tragen Namensschilder mit dem Logo der Praxis an ihrer Kleidung. Das Logo ist auch im Briefpapier und in sämtlichen selbsterstellten Auslegematerialien unseres Hauses integriert. Alle Außendarstellungen der Praxis, Auftreten und Aussehen des Teams und die Einrichtung der Räumlichkeiten sind sorgfältig aufeinander abgestimmt.

Um das Teamgefühl und die Bindung des einzelnen Mitarbeiters an die Praxis zu stärken, werden in regelmäßigem Abstand Betriebsausflüge und -feiern organisiert. An Geburtstagen und zu Firmenjubiläen erhalten die Mitarbeiter von der Leitung kleine Aufmerksamkeiten. Um besonderes Engagement und überdurchschnittliche

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch M2 Führungsprozesse</b>	Seite 4 von 4
		Check: November Version 4

Leistungen bei den Mitarbeitern anzuerkennen und zu fördern, wird neben dem Lob durch jede Führungskraft ein mitarbeiterbezogene Bonussystem entwickelt der Praxis (siehe Kapitel 3 M1 Entwicklungsprozesse).

Ein Themenschwerpunkt der jährlich von der ärztlichen Leitung mit jedem Mitarbeiter geführten Personalgespräche ist der gemeinsame Ausblick auf die weitere Zusammenarbeit. Hier wird betrachtet, wo sich Praxisziele und -visionen mit Wünschen und Fertigkeiten der Angestellten decken, wo die künftigen Aufgaben jedes Einzelnen liegen könnten und welche Schulungsmaßnahmen dazu notwendig sind. Diese Punkte werden als Zielvereinbarungen im Protokoll des Mitarbeitergesprächs festgehalten.

### **Führungsbeurteilung**

Nach ausführlicher Diskussion in Teambesprechungen wurde die Führungsbeurteilung per Fragebogen (Formular S1-04 „Fragebogen zur Führungsbeurteilung“) als ungeeignetes Mittel bewertet und wird nicht eingesetzt.

In den jährlich durchgeführten Mitarbeitergesprächen (siehe oben) bietet sich eine weitere Gelegenheit, von den Mitarbeitern Verbesserungsideen bezüglich des Führungsverhaltens zu erfragen. Eine wichtige Quelle stellen zudem die Ergebnisse der internen und externen Audits dar (siehe VA M4-03 „Interne Audits“).

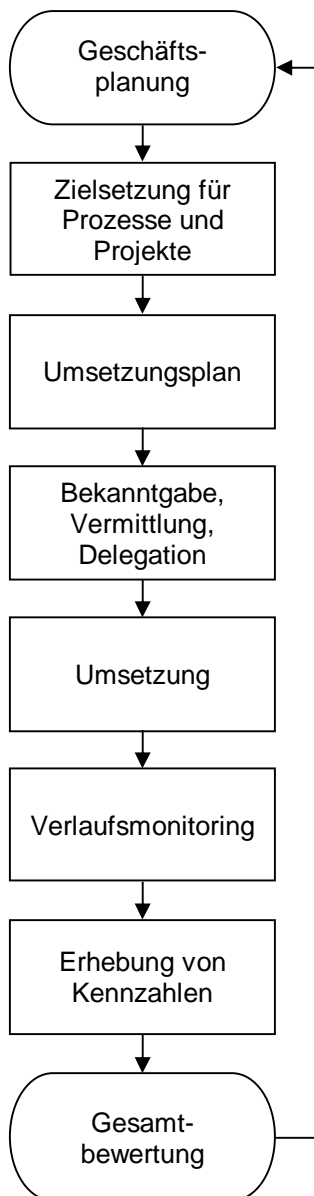
### **Gesamtbewertung**

Bei ihrem jährlichen Review (siehe Anfang des Kapitels) überprüft die ärztliche Leitung den gesamten Prozess der Führung und nimmt nötigenfalls auch Korrekturen am Vorgehen der Personal- und Führungsbeurteilung, der Auswahl und Vermittlung des Führungsstils und der Führungsausübung vor. Dies und abgeleitete Folgemaßnahmen werden im Protokoll der Bewertung dokumentiert.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

## M3 Geschäftsprozesse

In diesem Kapitel dargestellt werden Prozess- und Projektplanung, -umsetzung, -dokumentation, -überprüfung und -verbesserung. Prozesseigner ist die Geschäftsleitung.



### Geschäftsplanung

Im Rahmen der jährlichen Managementbewertung werden die Ziele des vergangenen Jahres auf Zielerreichung überprüft und eine neue Politik sowie neue Unternehmens- und Qualitätsziele abgeleitet (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“). Im Rahmen der Bewertung wird auch die Zuteilung der Prozesseigner zu den Prozessen festgelegt.

Die Praxis hat folgende Prozessverantwortliche ernannt:

Prozess	Verantwortlicher
M1 Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen	Geschäftsleitung
M2 Führungsprozesse	Geschäftsleitung
M3 Geschäftsprozesse	Geschäftsleitung
M4 QM-Prozesse	QMB
M5 Management externer Partner	Geschäftsleitung
K1 Patientenversorgung	QMB
K2 Patientenversorgung im Auftrag	Medizinische Fachangestellte
K3 Begutachtung	Medizinische Fachangestellte
S1 Mitarbeiterbezogene Prozesse	QMB
S2 Finanzprozesse	Geschäftsleitung
S3 Informationsprozesse	QMB
S4 Ressourcenbezogene Prozesse	QMB

Abb. M3-1: Prozesseigner Neurozentrum Prien

Aktuelle Version erstellt: Dres.Thümmler	Prof. Braune/	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch M3 Geschäftsprozesse</b>		Seite 2 von 7
		Check: November	Version 4

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune/ Dres.Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch M3 Geschäftsprozesse</b>	Seite 3 von 7
		Check: November

### Zielsetzung für Prozesse und Projekte

Nach der Erstellung der Geschäftsplanung werden die Unternehmens- und Qualitätsziele in einer Sitzung mit den Prozessverantwortlichen auf die jeweiligen Prozesse übersetzt und Ziele für die relevanten Prozesse abgeleitet. Zuständig für die Einberufung dieser Sitzung ist die Geschäftsleitung. Die Prozessziele werden in den Protokollen festgehalten.

### Umsetzungsplan

Im Anschluss daran erstellen die Prozessverantwortlichen Umsetzungspläne für das Erreichen der Ziele in den einzelnen Prozessen. Die Pläne werden von den Prozessverantwortlichen archiviert. Für jeden Prozess werden Kennzahlen festgelegt, anhand derer erkannt werden kann, ob die Ziele erreicht wurden oder nicht.

### Bekanntgabe, Vermittlung, Delegation

In einer Teamsitzung (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“) werden die Prozessziele bekannt gegeben und zu erledigende Aufgaben an die Mitarbeiterinnen delegiert, soweit dies möglich ist. Hierüber wird Protokoll geführt.

### Umsetzung

Im Laufe des Jahres werden die aufgestellten Pläne umgesetzt. Hierbei sind folgende grundsätzliche Regelungen zur Überprüfung und Einhaltung von Verträgen sowie zum Umgang mit den Patienten gehörenden Besitztümern zu beachten:

#### **Management der Verträge**

##### **a) medizinische Vertragsprüfung**

Unter medizinischer Vertragsprüfung wird verstanden, dass die Praxis überprüft, ob der Patient in der Praxis behandelt werden kann bzw. darf und weitgehend sicherstellt, dass die erbrachten Leistungen vergütet und die Erwartungen des Patienten so gut wie möglich erfüllt werden.

Die Vertragsprüfung mit den Patienten findet unter anderem an der Anmeldung statt. Dort befindet sich eine Checkliste mit Fragen, die die Medizinischen Fachangestellten an den Patienten stellen, um die Dringlichkeit der Aufnahme herauszufinden (siehe auch AA K1-02 „Notfallkriterien“ und K1-03 „Terminvergabe“).

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune/ Dres.Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013



neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M3 Geschäftsprozesse</b>		Seite 4 von 7
		Check: November	Version 4

Der Arzt erfragt in der Anamnese das Beschwerdebild und entscheidet demnach, ob der Patient in der Praxis behandelt werden kann. Liegen Erkrankungen oder Voraussetzungen mit besonderen Risiken beim Patienten vor (HIV, Hepatitis, Marcumartherapie, etc.), werden diese unter CAVE auf der Turbomedkarteikarte und (falls vorhanden) ROT auf der Papier-Karteikarte vermerkt. So wird sichergestellt, dass die besonderen Anforderungen dieser Patienten bei der Behandlung berücksichtigt werden.

Änderungen von Verträgen treten dann auf, wenn sich beispielsweise ein Patient kurzfristig dazu entscheidet, von einer geplanten Behandlung oder diagnostischen Maßnahme zurückzutreten. In diesem Fall koordiniert die zuständige Medizinische Fachangestellte (siehe AA K1-03 „Terminvergabe“) die Abmeldung des Patienten bei den betreffenden Stellen. Die Entscheidung des Patienten wird in der Patientenakte vermerkt.

Über das Behandlungsende bzw. die Notwendigkeit einer Therapieverlängerung oder weiterer diagnostischer Untersuchungen entscheidet der Arzt bei der Nachuntersuchung des Patienten (siehe VA K1-01 „Neurologische und psychiatrische Patientenversorgung“). Dokumentiert ist dies in der Karteikarte.

**b) Verträge mit dem Personal**

Der Umgang mit Personalverträgen wird im Kapitel S1 „Mitarbeiterbezogene Prozesse“ dargestellt.

**c) Wartungsverträge**

Der Umgang mit Wartungsverträgen wird im Kapitel S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“ beschrieben.

**d) Verträge mit sonstigen Kooperationspartnern (z. B. Praxisteilhabern, Versicherungen, etc.)**

Alle Verträge mit bisher nicht genannten Kooperationspartnern werden von der Geschäftsleitung anlassbezogen geschlossen und abgeändert.

**e) Umgang mit vom Kunden bereitgestellten Produkten**

Vom Kunden bereitgestellte Produkte in der Praxis sind z. B.:

- mitgebrachte Röntgenbilder
- mitgebrachte Facharztberichte
- Schmuck und Uhren, die die Patienten bei den Messungen abmachen müssen werden vom Patienten in die dafür vorgesehene Nierenschale (aus Pappe) gelegt
- Versichertenkärtchen

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune/ Dres.Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M3 Geschäftsprozesse</b>		Seite 5 von 7
		Check: November	Version 4

Mitgebrachte Röntgenbilder, Facharztbefunde und Versicherungskärtchen werden dem Patienten vor Verlassen der Praxis mitgegeben.

Werden vom Patienten vor einer Untersuchung bzw. Behandlung Ohringe, Schmuck oder Ähnliches abgelegt, muss die Medizinische Fachangestellte darauf achten, dass die Patienten diese wieder mitnehmen. In der Regel werden die Patienten gebeten, ihre Utensilien gleich in ihre Tasche zu packen oder in die dafür vorgesehene Nierenschale (aus Pappe) zu legen um ein Vergessen zu vermeiden. Vergessenen Gegenstände werden mit dem Namen des Patienten beschriftet, sicher verwahrt. Der Patient wird informiert und um baldige Abholung gebeten.

### Verlaufsmonitoring

Für zeit- und/oder kostenintensive Projekte werden QM-Pläne (Formular M1-01 „QM-Plan“) geführt (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“). Ansonsten werden Prozesse und Dienstleistungen z. B. wie folgt dokumentiert:

#### *Regelungen zur Rückverfolgbarkeit von Prozessen und Dienstleistungen*

- Eintragungen in der Patientenakte, wobei jede Untersuchung in der Dokumentation dem durchführenden Arzt zugeordnet wird
- Kürzel auf allem, was von den Medizinischen Fachangestellten in die Karteikarte dokumentiert wird
- Unterschriften auf Berichten und Schreiben an die Kostenträger

Weitere Regelungen hierzu sind den einzelnen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zu entnehmen.

#### *Umgang mit Fehlern*

Überall, wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Fehler begreifen wir als Möglichkeit dazu zu lernen. Die Praxis verfügt unter Anderem über folgende Standards zum Umgang mit Fehlern:

##### a) *Fehlersammlung und -korrektur*

- Fehler in der EDV-Anlage werden mit dem externen EDV-Spezialisten besprochen (siehe Kapitel S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“). Dieser behebt die Fehler. Im PC befindet sich eine Liste der aufgetretenen Schwierigkeiten mit Datum und Kürzel. Somit kann nachvollzogen werden, welche Schwierigkeiten wann wie häufig vorkamen. Dies ermöglicht es, ggf. Vorbeugemaßnahmen einzuleiten.
- Fehlerhafte Geräte werden an die Gerätebeauftragte gemeldet und von ihr mit einem Zettel „Gerät defekt“ versehen. Sie sorgt sodann für die Reparatur des Ge-

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune/ Dres.Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch M3 Geschäftsprozesse</b>	Seite 6 von 7
		Check: November Version 4

rätes. Vor erneuter Inbetriebnahme führt sie eine Funktionsprüfung durch, um sicherzustellen, dass das Gerät wieder voll einsatzfähig ist. Sie führt eine Liste der Ausfälle, um auch hier die Einleitung von Präventivmaßnahmen möglich zu machen (siehe Kapitel S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“).

- Alle weiteren Schwierigkeiten und Fehler im Praxisablauf (z. B. fehlende Eintragungen in der Karteikarte/im PC, nicht eingeleseene Versichertenkärtchen, etc.) werden nach Möglichkeit sofort behoben. Sie werden von demjenigen, der den Fehler entdeckt, im Ideen- und Beschwerdebuch notiert.

*b) Fehleranalyse*

Das Ideen- und Beschwerdepatient, Fehlerteufel PC Akte wird von der QMB-Stellvertretung und QMB) in die Teamsitzung eingebracht (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“). Dort werden mögliche Ursachen für die einzelnen Fehler ermittelt und daraus Vorbeugemaßnahmen abgeleitet, die ein erneutes Auftreten verhindern oder zumindest verringern. Die Sitzung wird protokolliert. Die zu den jeweiligen Fehlern beschlossenen Abhilfemaßnahmen werden von der/dem QMB zudem ins Formular M4-06 „Verbesserungsmaßnahmen“ übertragen. Mit Hilfe des Formulars wird dann die tatsächliche Umsetzung und Wirksamkeit überwacht.

Treten bei der EDV oder Geräten gehäuft Fehler auf werden diese in den Gerätefehler-Patienten vom gesamten Team protokolliert. So sucht die Gerätebeauftragte zusammen mit dem jeweils zuständigen Techniker nach Gründen und möglichen Lösungen und informiert ggf. das Team. Außerdem schlägt sie der Geschäftsleitung einmal jährlich bei der Ressourcenplanung austauschbedürftige Geräte vor (siehe Kapitel S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“).

*c) Fehlerprävention*

Bei grundlegenden Änderungen und Neuerungen wird vorausschauend, z. B. mittels einer Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA) erarbeitet, welche Fehler eventuell auftreten können. Auch hier werden entsprechende Vorbeugemaßnahmen abgeleitet und dokumentiert.

**Erhebung von Kennzahlen**

Die Prozessverantwortlichen kontrollieren mindestens einmal jährlich anhand der erfassten Kennzahlen den Erfolg der Zielerreichung. Für jeden Prozess existiert mindestens eine Kennzahl, das gesamte Kennzahlensystem ist im Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“ dargestellt.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune/ Dres.Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>M3 Geschäftsprozesse</b>		Seite 7 von 7
		Check: November	Version 4

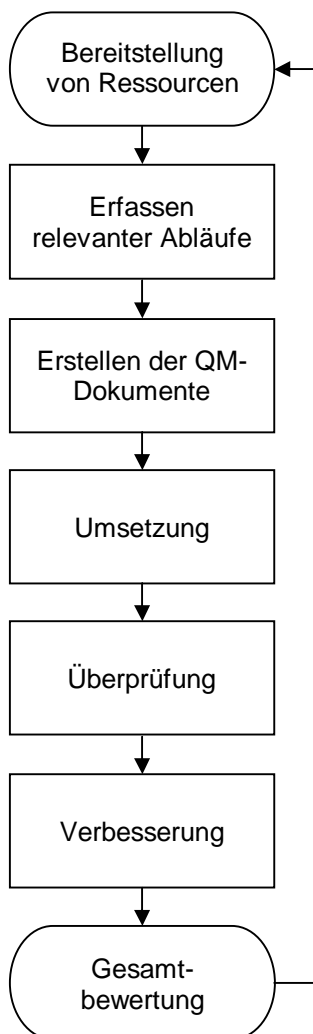
### Gesamtbewertung

Die erhobenen Daten werden an die/den QMB weitergeleitet. Die/der QMB integriert die Ergebnisse in den Qualitätsbericht, der in der jährlichen Sitzung zur Managementbewertung besprochen wird (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“). Im Rahmen dieser Sitzung wird auch überprüft, ob das aktuelle Prozessmodell (siehe Kapitel B3 „Prozessmodell“) mit der bisherigen Aufteilung der Prozessverantwortlichen noch den gegebenen Anforderungen entspricht oder ob diesbezüglich Veränderungen vorgenommen werden müssen. Außerdem wird das allgemeine Vorgehen der Prozess- und Projektplanung, -umsetzung und -dokumentation hinterfragt und ggf. angepasst.

Aktuelle Version erstellt: Prof. Braune/ Dres.Thümmler	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum: April 2013	Datum: April 2013

## M4 Qualitätsmanagementprozesse

In diesem Kapitel werden die QM-Aktivitäten des Neurozentrums Prien dargestellt, von den anfänglichen Initiativen über die gezielte Entscheidung zur Implementierung eines QM-Systems nach DIN EN ISO 9001:2008, die Bereitstellung der dazu benötigten Ressourcen, den Aufbau und die Umsetzung der QM-Dokumentation sowie die weitere Planung für die Überprüfung und Verbesserung des Systems. Prozesseigner ist die/der Qualitätsmanagementbeauftragte



### Bereitstellung von Ressourcen

2002 begann unser Haus erste Maßnahmen einzuleiten, die rückblickend als Grundstein zum Qualitätsmanagement anzusehen sind. Aus strategischen Überlegungen heraus beschloss die Praxisleitung im Frühjahr 2004 ein Qualitätsmanagementsystem nach dem Athene-Konzept, einzuführen. Im Sommer 2008 wurde der Prozess zur Zertifizierung nach den Vorgaben der DIN EN ISO 9001:2008 begonnen .

Die dienstälteste medizinische Fachangestellte konnte für die Stelle der Qualitätsmanagementbeauftragten gewonnen werden, die zugehörige Ernennungsurkunde befindet sich im Ordner „Mitgeltende Dokumente“. Die QMB wurde als Stabsstelle mit Weisungsbefugnis in QM-relevanten Angelegenheiten direkt unterhalb der Geschäftsleitung angesiedelt (siehe Kapitel B2 „Organigramm“). Für die Zeit bis zum ersten externen Audit wurde sie je nach Bedarf für die QM-Tätigkeit freigestellt, nach Erreichen des Zertifikats ist eine Freistellung von zwei bis drei Stunden pro Woche für die weitere Pflege des Systems angedacht. Beim Aufbau der QM-Dokumentation wird die QMB von allen anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern unterstützt.

Alle Mitarbeiter werden regelmäßig über Qualitätsmanagement und die damit verbundenen Ziele der Geschäftsleitung informiert.

Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune /Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>M4 Qualitätsmanagementprozesse</b>		Seite 2 von 4
		Check: November	Vers2

### **Erfassung relevanter Prozesse**

In das Qualitätsmanagementsystem wurden alle qualitäts-, risiko- und ökonomisch relevanten Abläufe des Neurozentrums Priens einbezogen. Durch den seit 2004 gelebten QM Gedanken werden neue Prozesse bzw. Änderungen in den Prozessen kontinuierlich erfasst und integriert.

### **Erstellen der QM-Dokumentation**

Das Qualitätsmanagementsystem besteht aus dem Qualitätsmanagementhandbuch, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Formblättern und mitgeltenden Dokumenten. All diese Dokumente wurden von Mitarbeitern der jeweiligen Arbeitsbereiche selbst erstellt und untereinander abgestimmt, dann von der/vom Qualitätsmanagementbeauftragten im Hinblick auf die Anforderungen der Norm überprüft und schließlich von der Geschäftsleitung freigegeben (siehe auch VA M4-01 „Erstellung von QM-Dokumenten“). Die QMB ist verantwortlich für die Zusammenstellung und Nummerierung der Dokumente, für die Aktualisierung der zugehörigen Überblickslisten sowie für den Aufbau und die Pflege des QM-Systems im Computer und in Papierform.

Die Nummerierung der Handbuchkapitel, VAs, AAs und Formblätter folgt folgender Logik: Die Kennziffern setzen sich aus der Nummer des betreffenden Prozesses/ Handbuchkapitels (siehe Kapitel B3 „Prozessmodell“) und einer zweistelligen fortlaufenden Nummer zusammen. Führungsprozesse erhalten den Buchstaben „M“ für „Managementprozess“, wertschöpfende Prozesse den Buchstaben „K“ für „Kernleistungsprozess“ und unterstützende Prozesse den Buchstaben „S“ für „Supportprozess“. Somit ist bereits aus der Kennnummer der Dokumente ersichtlich, auf welchen Tätigkeitsbereich und auf welches Handbuchkapitel sich diese beziehen.

### **Umsetzung**

Ab Freigabe durch die Geschäftsleitung sind die in den Dokumenten festgelegten Regelungen für die betreffenden Arbeitsbereiche bindend und die zugehörigen Formulare zu verwenden. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, das Handbuch und die ihre Arbeitstätigkeit betreffenden VAs und AAs zu lesen. Das gesamte QM-System steht den Mitarbeitern in Papierform im Anmeldebereich zur Verfügung. Außerdem hat jeder Arbeitsbereich ein eigenes Handbuchexemplar und kann jederzeit Kopien von allen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen bei der/dem QMB anfordern.

In Systemschulungen wurden die Mitarbeiter von der QMB mit den einzelnen Teilen des QM-Systems vertraut gemacht und im Umgang mit den Dokumenten geschult. Teilnehmerlisten und Protokolle der Schulungen befinden sich im Ordner

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune /Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>M4 Qualitätsmanagementprozesse</b>		Seite 3 von 4
		Check: November	Vers2

„Qualitätsdokumente“. Nicht anwesende Teammitglieder wurden von der QMB gesondert eingewiesen und haben dies mit ihrer Unterschrift auf der Teilnehmerliste bestätigt. Zusätzlich ist QM ein Standardpunkt in den monatlich stattfindenden Team-sitzungen. Die QMB gibt dort jeweils einen Überblick über vergangene und geplante QM-Aktivitäten und steht den Mitarbeitern für jegliche Fragen zur Verfügung.

### Überprüfung

Das QM-Wissen der Mitarbeiter und die Aktualität der getroffenen Regelungen wird in den externen und internen Audits überprüft (siehe VA M4-03 „Interne Audits“). Durch das Aufstellen eines Auditplans am Anfang eines jeden Kalenderjahres stellt die/der QMB sicher, dass jeder Arbeitsbereich und somit auch jeder Teil der QM-Dokumentation mindestens einmal im Jahr auditiert wird. Tauchen dabei in einem Bereich gravierende Mängel oder Schwierigkeiten auf, so wird in angemessenem Zeitabstand ein weiteres internes Audit anberaumt. Die Audits werden in einem Auditprotokoll dokumentiert (Formular M4-03 „Auditprotokoll“). In dem Formular werden die festgestellten Abweichungen eingetragen und zusammen mit dem jeweiligen Arbeitsbereich Verbesserungsmaßnahmen inklusive Verantwortlichem und Termin erarbeitet und festgehalten. Eine Kopie des Protokolls verbleibt im jeweiligen Arbeitsbereich, das Original archiviert die QMB im Ordner „Qualitätsdokumente“. Die QMB achtet auf die Umsetzung der beschlossenen Verbesserungsmaßnahmen.

Jeweils vier Wochen vor der jährlichen QM-Bewertung durch die Leitung fasst die QMB die Ergebnisse aller Audits in einem Qualitätsbericht zusammen und legt diesen der Leitung vor (siehe VA M4-04 „QM-Bewertung“). Weiterer Bestandteil des Qualitätsberichts ist das Kennzahlensystem (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“). Das Kennzahlensystem umfasst unter anderem Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen und erlaubt eine Überprüfung und kontinuierliche Verbesserung aller relevanten Prozesse. Wichtige Abläufe, die nicht durch Kennzahlen erfasst werden können, werden von der ärztlichen Leitung im Hinblick auf die mit ihnen verbundene Zielsetzung bewertet (so genannte Prozessvalidierung).

### Verbesserung

Änderungsvorschläge im Bereich der QM-Dokumentation ergeben sich zum einen aus den Audits, zum anderen können und sollen die Mitarbeiter der QMB jederzeit ihre Ideen und Anmerkungen mündlich oder schriftlich mitteilen (siehe VA M4-02 „Änderungsdienst“). Die QMB ist dafür zuständig, die Änderungswünsche mit dem Arbeitsbereich durchzusprechen, die Korrektur der QM-Dokumente zu veranlassen, Kopien der revidierten Kapitel für die dem Änderungsdienst unterliegenden Handbü-

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune /Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>M4 Qualitätsmanagementprozesse</b>		Seite 4 von 4
		Check: November	Vers2

cher zu verteilen und das Praxispersonal über die erfolgte Änderung zu informieren (Formular M4-05 „Info über geänderte QM-Dokumente“). Die Mitarbeiter setzen sich dann selbständig über den Inhalt der Änderung in Kenntnis.

Veränderungsbedarf bei Prozessen und Arbeitsabläufen kann ebenfalls aus den Audits, aus den Ergebnissen des Kennzahlensystems und aus Vorschlägen von Patienten, Mitarbeitern oder der Leitung stammen. Der Prozesseigner informiert die Leitung und die anderen am Arbeitsablauf Beteiligten diesbezüglich und sorgt dafür, dass die Wirksamkeit der getroffenen Problembeseitigung in angemessenem Zeitabstand überprüft wird (siehe Kapitel M3 „Geschäftsprozesse“). Die/der QMB nimmt beschlossene Neuregelungen im Formular M4-06 „Verbesserungsmaßnahmen“ und ggf. in anderen relevanten Teilen der QM-Dokumentation auf (Kapitel B3 „Prozessmodell“, VAs und AAs, etc.). Zeit- und/oder kostenintensive Änderungen werden von der Leitung geprüft und zur Umsetzung freigegeben. Für solche Maßnahmen wird dann ein QM-Plan geführt (Formular M1-01 „QM-Plan“, siehe auch Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“). Die QM-Pläne werden im Ordner „Aktuelle Projekte“ aufbewahrt.

### **Gesamtbewertung**

Bei der jährlichen QM-Bewertung begutachtet die Geschäftsleitung zusammenfassend alle Entwicklungen im Bereich QM und überprüft, ob das System zum Erreichen der aufgestellten Unternehmensziele dienlich ist. Sie beschließt nötige Änderungen im Vorgehen, legt neue Ziele für das kommende Jahr fest und klärt die benötigten Ressourcen. Nähere Details regelt die VA M4-04 „QM-Bewertung“.

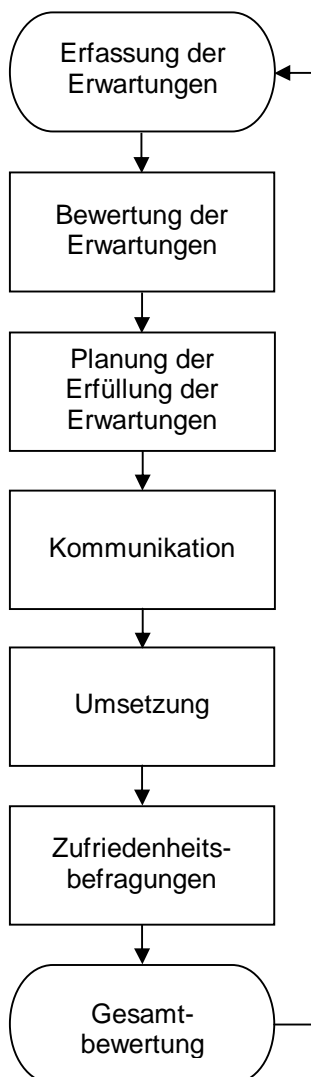
Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune /Drs.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010



neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>M5 Management externer Partner</b>	Seite 1 von 3
		Check: November Version 4

## M5 Management externer Partner

In diesem Kapitel werden Prozesse zur Erfassung, Bewertung und Umsetzung der Erwartungen von Patienten, Zuweisern, Leistungsträgern, Kooperationspartnern, etc. beschrieben. Das grundsätzliche Vorgehen ist dabei gleich und folgt dem abgebildeten Ablaufdiagramm. Da aber jeweils verschiedene Methoden und Foren zur Anwendung kommen, werden die Prozesse für jeden der Interessenspartner gesondert dargestellt. Prozesseigner ist jeweils die Geschäftsleitung.



### Umgang mit Erwartungen der Patienten:

#### Erfassung der Patientenzufriedenheit

Alle 2 Jahre wird mit Hilfe eines Fragebogens (Formular K1-01 „Patientenfragebogen“) die kriteriums- und ereignisbezogene Patientenzufriedenheit erfasst (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“). Zuständig für die Koordination der Befragung sowie für die Auswertung der Ergebnisse ist die/der QMB. Befragt werden mindestens 120 Patienten. Die/der QMB wertet die Daten aus und bringt die Ergebnisse in eine der Teamsitzungen ein (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“).

In dieser Befragung werden auch die Erwartungen der Patienten erfaßt.

Unter Moderation der QMB stellt das Praxisteam fest, ob es mit den Ergebnissen zufrieden ist, oder ob Verbesserungspotentiale erkannt werden. Falls Verbesserungsbedarf identifiziert wurde, werden in der gleichen Sitzung ein gewichtetes Brainstorming durchgeführt und Projektgruppen gebildet. Über die Sitzung wird ein Protokoll erstellt. Zuständig für die Koordination der Projektgruppen ist die/der QMB.

Im Rahmen der nächsten Patientenzufriedenheitsbefragung wird überprüft, ob die Verbesserungsmaßnahmen wirksam waren oder nicht. Zuständig für diese Überprüfung ist die/der QMB. Die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung werden evtl. im Wartezimmer ausgehängt. Zuständig für die Aktualisierung des Aushanges ist eine Medizinische Fachangestellte.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>M5 Management externer Partner</b>		Seite 2 von 3
		Check: November	Version 4

### **Umgang mit den Erwartungen der Zuweiser und Nachbehandler**

Einmal jährlich führt die QMB mittels Fragebogen eine Zuweiserbefragung durch: (Formular FB M5-02 „Zuweiserzufriedenheitsfragebogen“) Die Ergebnisse werden in der nächsten Teambesprechung präsentiert und eingebracht, es wird diskutiert, ob Verbesserungsbedarf besteht. Falls Verbesserungsbedarf erkannt wird, werden zeitnah Konsequenzen gezogen und die entsprechenden Aufgaben zur Umsetzung delegiert. Über die Besprechung wird ein Protokoll geführt. Zuständig für die Koordination der Verbesserungsprojekte ist die ärztliche Leitung. In der nächsten Teamsitzung wird das Team über die Ergebnisse und beschlossene Folgemaßnahmen im Rahmen der weiterzugebenden Punkte informiert. In der nächsten Zuweiserbefragung wird überprüft, ob die Verbesserungsmaßnahmen erfolgreich waren. Zuständig für die Durchführung der Überprüfung ist die Praxisleitung.

Besteht aufgrund strategischer Implikationen der Bedarf, eine bestimmte Zielgruppe gezielt zu befragen, wird dies im Rahmen der jährlichen Managementbewertung festgelegt und die entsprechenden Planungen hierzu durchgeführt (siehe auch Kapitel S3 „Informationsprozesse“).

### **Umgang mit den Erwartungen der Leistungs- und Kostenträger**

Die Geschäftsleitung verfügt über gute formelle und informelle Kontakte zu Vertretern der Leistungsträger wie der BG, privaten und gesetzlichen Krankenkassen. Eine intensive Pflege dieser Kontakte erfolgt auf Kongressen, Berufsverbandsveranstaltungen oder ähnlichen Treffen. Dabei werden die neuesten Tendenzen und Erwartungen der Leistungsträger erfragt. Diese Neuigkeiten werden in die halbjährliche Strategiesitzung der Leitung eingebracht und Konsequenzen für die Strategie und Politik der Praxis gezogen. Über diese Sitzung wird Protokoll geführt. Das Team wird, soweit es von den Änderungen betroffen ist, in der Teamsitzung informiert. Auch diese Sitzung wird protokolliert (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“).

### **Erfassung der Erwartungen des Gesetzgebers**

Die Praxisleitung ist Mitglied im BDN und erfährt auf BDN-Veranstaltungen oder über das offizielle Mitteilungsorgan „Neurotransmitter“ zeitnah mögliche Änderungen in der Gesetzgebung. Diese werden an den halbjährlichen Strategiesitzungen in die aktuelle

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum	<b>QM-Handbuch</b> <b>M5 Management externer Partner</b>		Seite 3 von 3
		Check: November	Version 4

Strategie und Politik der Praxis integriert. Die Sitzung wird protokolliert (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“).

Über gesetzliche Neuerungen informiert sich die ärztliche Leitung über den Newsletter des Bundesministeriums für Gesundheit, den die Praxis abonniert hat (siehe <http://www.bmggesundheits.de/rechts/gesetze.htm>). Neue Gesetze werden in den Besprechungen/entsprochen und die aktuelle Strategie der Praxis entsprechend angepasst. Über die Sitzung wird ein Protokoll erstellt (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“).

### **Erwartungen anderer Kooperationspartner**

Die Erwartungen anderer Kooperationspartner (Kliniken, Rehabilitationszentren, Universitäten, etc.) werden im Zuge strategischer Entscheidungen anlassbezogen erfasst. Sie werden im Rahmen der halbjährlichen Strategiesitzung besprochen. Dort wird dann auch festgelegt, welcher Kooperationspartner für die Realisierung des aktuellen Projektes wichtig ist und wie das Management dieses Partners erfolgen kann. In der Sitzung werden sofort Zuständigkeiten und Folgemaßnahmen abgeleitet und ein Überprüfungsdatum festgelegt. Fixiert ist dies im Protokoll der Besprechung.

### **Information der „Außenwelt“**

Die Praxis hält Informationsflyer über medizinische Grundlagen der in der Praxis durchgeführten Behandlungen vor. Diese erhält der Patient bei Bedarf.

Es besteht eine Website des Neurozentrums: [www.neurozentrum-prien.de](http://www.neurozentrum-prien.de)

Die ärztliche Leitung ist für deren regelmäßige Aktualisierung verantwortlich, sowie eine Beauftragte der MFA.

Qualitätsbericht der Praxis (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“ und Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“) wird erstellt.

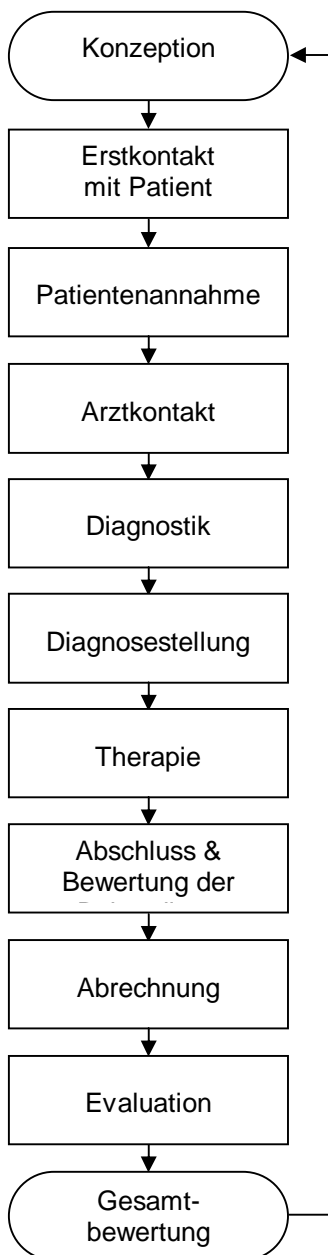
3-4x pro Jahr lädt das Neurozentrum Prien die wichtigsten Zuweiser und Kooperationspartner zu Informationsveranstaltungen zu medizinischen und berufspolitischen Themen oder zum Thema Qualitätsmanagement ein. Zuständig für die Durchführung der Tagung ist die Geschäftsleitung. Diese Veranstaltungen sind auch ein Beitrag zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, da sie eine gute Gelegenheit darstellen, Missverständnisse auszuräumen und Kontakte neu zu knüpfen oder zu verbessern.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	April 2013	Datum: April 2013

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>K1 Kernleistungsprozesse d. neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung</b>	Seite 1 von 9
		Check: November Version 2

## K1 Kernleistungsprozesse der neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung

Kernleistungsprozesse dieser Kategorie beschreiben die Versorgung neurologischer Patienten mit kurativer Zielsetzung. Prozesseigner ist Professor Braune.



### Konzeption der Arzt-Patienten-Interaktion

Die Arzt-Patienten-Interaktion besteht aus den Komponenten Grund- und Serviceleistungen, Anamnese, Diagnostik, Therapie, Beratung/Gesundheitsaufklärung und Einleitung weiterführender Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie. Grundlage ist die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Kernleistungsprozesse umfassen die vertragsärztliche Patientenversorgung, die privatärztliche Patientenversorgung, die konsiliarische Behandlung stationärer Patienten der regionalen Krankenhäuser, die Heimbetreuung, die teilstationäre schlafmedizinische Diagnostik und Therapie sowie erweiterte und ergänzende Versorgungselemente wie Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen für Patienten und Angehörige.

Der Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt im Neurozentrum, in Krankenhäusern, in ausgelagerten Praxisräumen, bei Hausbesuchen und in den betreuten Heimen. Die Kernleistungsprozesse dieser Gruppe sind im Einzelnen in den Verfahrensanweisungen K1-01 „Neurologische und psychiatrische Patientenversorgung“ festgelegt.

Die medizinische Qualität der Kernleistungsprozesse wird einerseits durch Strukturmerkmale der Ausbildung der Fachärzte und Mitarbeiter sowie der Ausstattung der Praxis, andererseits durch Prozessmerkmale der Fort- und Weiterbildung der Ärzte und Mitarbeiter, der Einbindung in Qualitätszirkel und der Schnittstellengestaltung gewährleistet, wie sie in den Kapiteln B, M4, M5, S1 und S4 dargestellt sind. Die medizinische Prozess(- und Ergebnis)qualität orientiert sich an nationalen und internationalen

Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K1 Kernleistungsprozesse d. neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung</b>	Seite 2 von 9
		Check: November Version 2

Standards der neurologischen Wissenschaft, die insbesondere durch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und den Berufsverband Deutscher Neurologen für den ambulanten Bereich vertreten wird, z. B. an den Leitlinien der AWMF/äzq und an der Basis evidenzbasierter Medizin. Abweichungen davon erfolgen in individuellen Fällen bewusst und mit fundierter ärztlicher Begründung. Darüber hinaus erfolgt eine Darlegung medizinischer Prozessqualität für die indikationsbezogene Patientenversorgung und für ausgewählte Versorgungs-aspekte von grundsätzlicher Bedeutung bezogen auf risiko-, qualitäts- oder medizinökonomisch relevante Bereiche (siehe Register 6 „Praxis- und Versorgungsleitlinien“).

### **Erstkontakt mit dem Patienten**

Der Erstkontakt erfolgt über Telefon (siehe AA K1-03 „Terminvergabe“) oder persönlich in der Praxis. Eine Überweisung/Empfehlung eines ärztlichen Kollegen kann vorliegen. Termine werden auch von Drittpersonen wie Angehörigen, Betreuern, Krankenhäusern oder Institutionen wie Polizei und Ordnungsamt mit der Praxis vereinbart. Beim Erstkontakt erfolgt durch die Arzthelferinnen an der Anmeldung eine erste Prüfung der Sinnhaftigkeit der vom Patienten erwarteten Praxisleistung anhand der Überweisung und der vermerkten Diagnosen bzw. anhand der gegebenen mündlichen Ausführungen. Dabei wird auch überprüft, ob es sich überhaupt um einen neurologischen oder psychiatrischen Patienten handelt und ob ein Notfall vorliegt (siehe AA K1-02 „Notfallkriterien“). Die Abklärung des Kostenträgers erfolgt ebenfalls durch die Rezeption (GKV, PKV, BG, IGEL, etc.).

### **Patientenannahme**

Der Patient wird an der Rezeption durch Einlesen der Chipkarte aufgenommen (siehe AA K1-01 „Patientenannahme GKV“ und K2-01 „Patientenannahme BG-Patient“). Falls eine Überweisung vorliegt, wird diese manuell erfasst. Hat ein gesetzlich versicherter Patient sein Versichertenkärtchen vergessen, so wird ggf. mit der betreffenden Krankenkasse telefonisch abgeklärt, ob der Patient behandelt werden kann. Privatpatienten können auch anhand der angegebenen und evtl. durch Vorlage von Ausweispapieren bestätigten Stammdaten aufgenommen werden.

Liegt ein Notfall vor, so erfolgt die unmittelbare Terminvergabe. Die Kriterien hierfür sind in einer AA definiert (siehe AA K1-02 „Notfallkriterien“), bei Zweifel oder Unklarheiten halten die Arzthelferinnen an der Anmeldung mit dem Arzt Rücksprache.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>K1 Kernleistungsprozesse d.</b> <b>neurologischen und</b> <b>psychiatrischen</b> <b>Patientenversorgung</b>		Seite 3 von 9
		Check: November	Version 2

Handelt es sich nicht um eine Notfallsituation, wird ein normaler Termin für den Arztkontakt von der Rezeption vergeben (siehe AA K1-03 „Terminvergabe“).

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K1 Kernleistungsprozesse d. neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung</b>	Seite 4 von 9
		Check: November  Version 2

### Arztkontakt

Beim Arztkontakt (Sprechstunde/Hausbesuch/Heimbesuch) führt der Arzt eine Anamnese und eine klinisch-neurologische und/oder psychiatrische Untersuchung durch. In Abhängigkeit von den Ergebnissen wird eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose formuliert und das weitere Prozedere definiert. Dies beinhaltet einen Plan für die weitergehende interne und externe Diagnostik, die Veranlassung von Überweisungen oder Einweisungen, die Erstellung eines Therapieplanes und die Feststellung sozialmedizinischer Konsequenzen wie z. B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Bei der internen Diagnostik wird festgelegt, ob diese durch den Arzt selbst erfolgt oder delegiert werden kann. Dokumentiert wird dies in der Karteikarte des Patienten.

Während des Arzt-Patienten-Kontakts wird die Dringlichkeit der weiterführenden Diagnostik festgestellt. Dementsprechend erfolgt die Diagnostik sofort oder nach erneuter Terminvergabe durch die Rezeption (siehe AA K1-03 „Terminvergabe“). Der Patient wird über Art, Ziel und Risiken der veranlassten Diagnostik und Therapie aufgeklärt, sein Einverständnis zur Durchführung eingeholt und dokumentiert. Die Durchführung und Dokumentation der Untersuchung ist wie das Prozedere (Diagnostik, Therapie) abhängig vom geschlossenen Patientenvertrag und den entsprechenden Bestimmungen bzw. vertrags-/privatärztlichen Vorgaben.

### Neurologische Diagnostik

Die neurologische Diagnostik erfolgt als neurologische Anamnese und Untersuchung beim Arztkontakt sowie anhand des dokumentierten Diagnostikplans (Prozedere). Die Diagnostik kann intern (z. B. EEG, EMG, evozierte Potentiale, NLG, Doppler- und Duplexsonographie, Liquorentnahme, Labordiagnostik) und/oder extern (z. B. CT, MRT, Nativ-Röntgen Angiografie, Probeexzision, bereichsübergreifende Zusatzuntersuchungen, etc.) erfolgen. Die Qualität der Schnittstellen zur externen Diagnostik wird gesondert geregelt durch Vorhalten von aktuellen Adressenlisten von kooperierenden Fachärzten, Spezialambulanzen, Kliniken, Speziallabors einschließlich Informationen für etwaige Vorbereitungen, Öffnungszeiten und Ansprechpartner, sowie durch die Durchführung von Zuweiserbefragungen (siehe Kapitel M5 „Management externer Partner“).

### Psychiatrische Diagnostik

Die psychiatrische Diagnostik setzt sich im wesentlichen zusammen aus dem psychopathologischen Befund und dem Erleben des Patienten während des Gespräches. Zur Verifizierung von Hirnleistungsstörungen werden gegebenenfalls

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K1 Kernleistungsprozesse d. neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung</b>	Seite 5 von 9
		Check: November  Version 2

verschiedene psychologische Testverfahren angewandt (siehe „Testverfahren“ Mitgeltende Dokumente), gelegentlich auch Module aus der neurologischen Patientenversorgung durchgeführt, um bei der Differenzierung von Zugehörigkeit und Bewertung der Symptome Klarheit zu bekommen.

Die Auskünfte des Patienten über sich und seine Beschwerden werden dokumentiert (häufig auch als Zitate) und der psychopathologische Befund aufgrund des Gesprächsverlaufes erstellt und notiert.

Die Diagnose kann häufig mit dem Patienten besprochen werden, sie wird nach ICD 10 verschlüsselt und dokumentiert. Dauerdiagnosen werden gekennzeichnet und Diagnosezusätze manuell ergänzt.

Notwendige Untersuchungen werden intern soweit möglich im Rahmen des aktuellen Termins oder über die Rezeption durch erneute Terminvergabe für die interne Diagnostik (siehe AA K1-03 „Terminvergabe“) und/oder durch Bearbeitung entsprechender Formulare (Labor, Überweisung, Therapierzept, Einweisung, etc.) für die externe Diagnostik eingeleitet.

Die Handhabung qualitäts- oder risikorelevanter Elemente der internen Diagnostik wird in Verfahrens- und Arbeitsanweisungen oder in Form von Praxisleitlinien dargelegt (siehe z. B. AA K1-04, K1-06, und K1-10 bis -15, Hygienestandards, Gerätesicherheit, Abfragen individueller Risiken wie Marcumartherapie vor invasiver Diagnostik oder Metall im Körper vor Durchführung von MEP, siehe auch Kapitel M3 „Geschäftsprozesse“ und S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“). Die Ergebnisse der internen Diagnostik werden in der Karteikarte dokumentiert. Die Ergebnisse der externen Diagnostik werden dem Arzt vorgelegt, von diesem nach Kenntnisnahme abgezeichnet und ebenfalls in der Karteikarte archiviert.

### **Diagnosestellung**

Nach Zusammenschau aller Daten wird die endgültige Diagnose gestellt und mit dem Patienten besprochen. Der Patient wird über die Erkrankung, Krankheitsfolgen, weiterführende Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Die Diagnoseverschlüsselung erfolgt nach ICD 10. Zusätzlich werden Dauerdiagnosen und vorübergehende Diagnosen unterschieden. Falls die Präzision der Diagnosefestlegung dies erfordert, werden die ICD-Diagnosen durch entsprechende manuelle Eingaben ergänzt.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010



<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K1 Kernleistungsprozesse d. neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung</b>	Seite 6 von 9
		Check: November  Version 2

### **Therapie**

Nach endgültiger Diagnosestellung wird ein Therapie- und Behandlungsplan aufgestellt. Der Arzt entscheidet, welche Therapie intern und welche extern erfolgen soll. Im Falle einer Medikamentenverordnung wird festgelegt, welche Medikamente durch die Praxis rezeptiert werden und welche Medikamente dem Hausarzt oder einem anderen Facharzt zur Verordnung empfohlen werden.

Die Therapieplanung ist ebenfalls abhängig von vertrags- bzw. privatrechtlichen Vereinbarungen. Eine Beratung bzgl. Alternativen zur Therapie erfolgt im Bedarfsfall. Expliziter Bestandteil der Therapie ist das ärztliche Gespräch mit edukativen Elementen zur Aufklärung und Beratung im Umgang mit der Erkrankung, zu möglichen psychosozialen Konsequenzen, zu Komplikationen und Prognosen. So ist bei chronisch und schwer Erkrankten gerade auch die Unterlassung extern oder vom Patienten verantworteter unsinniger, teurer oder schädlicher Maßnahmen nach vorausgegangener Beratung durch den behandelnden Neurologen Teil des Behandlungserfolges.

Die Qualität der Schnittstellen zur externen Therapie wird gesondert geregelt durch Vorhalten von aktuellen Adressenlisten von kooperierenden Fachärzten, Spezialambulanzen und Kliniken einschließlich Informationen zu besonderen Behandlungsmöglichkeiten der Einrichtungen, Öffnungszeiten und Ansprechpartnern (siehe auch Kapitel M5 „Management externer Partner“).

Die Planung und Aufklärung über die Therapien wird in der Karteikarte dokumentiert. Die Durchführung der Therapie intern oder extern wird durch Wiedereinbestellung des Patienten überprüft, kontrolliert, ggf. adaptiert sowie der Heilungsvorgang festgestellt und dokumentiert. Die Koordination der internen und externen Therapien (ärztliche Kollegen anderer Fachdisziplinen, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) liegt beim veranlassenden Neurologen/Psychiater. Der Austausch von Patientendaten erfolgt kontinuierlich.

### **K2 Einleitung weiterer Maßnahmen**

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K1 Kernleistungsprozesse d. neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung</b>	Seite 7 von 9
		Check: November  Version 2

Bestimmte, für den Patienten ungünstige Konstellationen, zum Beispiel in familiären und/oder beruflichen Bereichen können eine Wiedererlangung der individuellen Alltagskompetenz verhindern, beziehungsweise erschweren und hinauszögern, so dass zum Beispiel die Einweisung in ein Fachkrankenhaus sinnvoll und hilfreich erscheint. Auch zur Abwehr von Gefahr für den Patienten selbst oder die Gesellschaft kann eine Zwangseinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus notwendig werden. Für die Heimpatienten und schwierige psychiatrische Patienten stehen die psychiatrischen Kollegen auch außerhalb der Arbeitszeit zuhause zur telefonischen Beratung zur Verfügung.

### **Abschluss und Bewertung der Behandlung**

Die Bewertung des Behandlungserfolges erfolgt durch das Patientengespräch und durch klinisch-neurologische bzw. klinisch-psychiatrische und ggf. apparative Verlaufskontrollen. Ist der therapeutische Prozess zum Teil oder völlig abgeschlossen, wird ein Bericht an den Zuweiser bzw. an die Weiterbehandler geschickt. Ergeben sich aus dem bisherigen Behandlungsverlauf Komplikationen oder Zusatzerkenntnisse, die eine erneute Diagnostik notwendig machen, durchläuft der Versorgungsprozess entsprechend weitere Zyklen. Handelt es sich um einen chronischen Patienten mit der Erfordernis einer andauernden fachärztlichen Behandlung, werden entsprechende Verlaufskontrollen vereinbart.

Der Behandlungsprozess des Patienten wird vollständig von Beginn der ersten Kontaktaufnahme bis zum Abschlussbericht im PC bzw. handschriftlich in Patientenakten dokumentiert. Das Ergebnis wird dem Patienten mitgeteilt und es werden ggf. Kontrolltermine vereinbart.

Ebenso werden die entsprechenden Abrechnungsziffern vom Arzt eingetragen und überprüft.

### Psychiatrische Patienten.

Bei chronischen Erkrankungen wird mit dem Patienten eine Weiterbetreuung mit entsprechenden Terminabsprachen getroffen.

### **Abrechnung**

Die kassenärztliche und privatärztliche Abrechnung erfolgt anhand der jeweiligen Vertragsgrundlage der einzelnen Kernleistungsprozesse dieser Kategorien. Eine

Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>K1 Kernleistungsprozesse d.</b> <b>neurologischen und</b> <b>psychiatrischen</b> <b>Patientenversorgung</b>		Seite 8 von 9
		Check: November	Version 2

hierfür qualifizierte Arzthelferin sowie ggf. der jeweils zuständige Arzt nehmen vor der Abrechnung eine Plausibilitätskontrolle vor. Diese beinhaltet einen Abgleich der durchgeführten Leistungen mit den vermerkten Ziffern zur Vermeidung von fehlenden oder Doppeleintragungen und fehlerhaften Zuordnungen. Anhand der eingetragenen Abrechnungsziffern werden von der hierfür qualifizierten Arzthelferin die Rechnungen erstellt, von einem Arzt gegengelesen, auf Richtigkeit überprüft. (siehe VA S2-01 „Privatabrechnung“).

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K1 Kernleistungsprozesse d. neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung</b>	Seite 9 von 9
		Check: November Version 2

### **Evaluation bei Patienten des Neurozentrums Prien**

Zur Evaluation der Versorgungsprozesse werden einmal jährlich kriteriumsbezogene Patientenbefragungen mit mindestens 20 Patienten durchgeführt. Kriterien sind z. B. die Bewertung der Qualifikation des Arztes durch den Patienten, die Zufriedenheit mit der Krankheitsaufklärung sowie mit der Freundlichkeit der Mitarbeiter, etc. (Formular K1-01 „Patientenfragebogen“). Zuständig für das Austeilen und Einsammeln der Fragebögen ist der Prozesseigner, ausgewertet werden die Bögen von der/dem QMB.

Daneben werden u. a. folgende Daten regelmäßig erhoben und ausgewertet (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“):

- Anteil der Überweisungen
- Zusammensetzung des Klientels nach Indikation
- Anzahl chronischer und schwerkranker Patienten
- Anteil an Patienten mit „Hochpreismedikamenten“
- Anzahl der Krankenhauseinweisungen
- Häufigkeit von Hausbesuchen
- Art und Häufigkeit von Schnittstellenproblemen (Hausarzt nimmt seinen Betreuungsauftrag nicht wahr, Risikoselektion der Zuweiser, zu späte externe Diagnostiktermine, überlastete Krankenhäuser, etc.).

Der Prozesseigner fasst bei Bedarf alle Ergebnisse in einem Review-Bericht zusammen.

### **Gesamtbewertung**

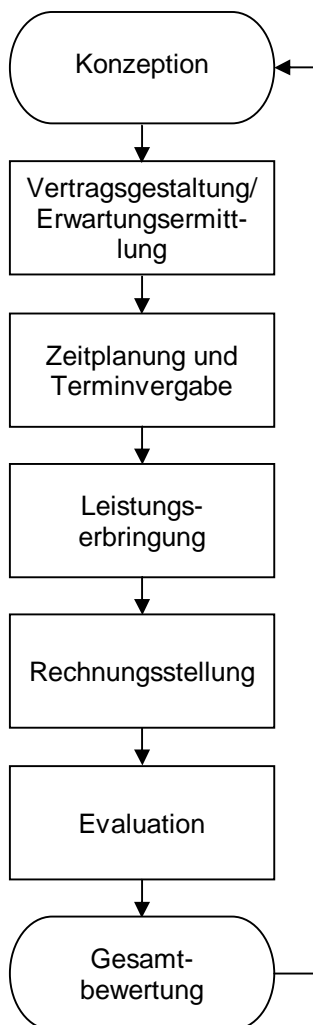
Anhand dieses Berichts bewertet die ärztliche Leitung den Erfolg der Kernleistungsprozesse zur neurologischen und psychiatrischen Patientenversorgung. Sie formuliert für das kommende Jahr neue Prozessziele und beschließt ggf. generelle Modifikationen bei den zugehörigen Abläufen. Festgehalten wird dies im Protokoll der Bewertungssitzung.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>K2 Kernleistungsprozesse der Patientenversorgung im Auftrag</b>	Seite 1 von 4
		Check: November Version 2

## K2 Kernleistungsprozesse der Patientenversorgung im Auftrag (nicht-kurative Leistungen)

Kernleistungsprozesse dieser Kategorie beschreiben Teile eines Versorgungsprozesses nach Auftragerstellung durch einen anderen Arzt ohne kurative Zielsetzung. Hierunter fallen Konsil- und Zielaufträge von Hausärzten, anderen Fachärzten und Krankenhausärzten.



### Konzeption der Auftragsleistungen und Konsile

Konsil- und Zielaufträge werden in der Praxis oder in einem Krankenhaus ausgeführt. Der Neurologe trägt die Verantwortung für die einwandfreie Durchführung der angeforderten Untersuchungen, Beurteilungen oder weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen. Als „Auftragserfüller“ hat er nicht die Funktion des „behandelnden“ Neurologen inne. Er kann im Falle eines Zielauftrages nicht die Verantwortung für die angemessene Interpretation seines Befundes durch den Auftraggeber und die Richtigkeit der hieraus zu ziehenden Konsequenzen übernehmen. Im Falle eines Konsiles hat er keinen Einfluss auf die korrekte Ausführung der empfohlenen Therapie durch den Zuweiser.

Die Arzt-Patienten-Interaktion ist somit um wesentliche Elemente verkürzt, da der Patient Vertrauen in die gewissenhafte Auftragserfüllung aufbringen darf, nicht jedoch in die weitere Behandlung und „Führung“, die in der Folge dem Auftraggeber obliegt. Die Qualität dieser Kernleistungsprozesse wird daher auch maßgeblich durch die Güte der Arzt-Zuweiser-Interaktion bestimmt, mit entsprechenden Konsequenzen für die Gestaltung der Schnittstellen und der Informationspolitik (siehe Kapitel M5 „Management externer Partner“).

### Vertragsgestaltung und Erwartungsermittlung

Der Kontakt zum Patienten erfolgt nach Zuweisung durch einen anderen niedergelassenen Haus- oder Facharzt bzw. durch einen ärztlichen Kollegen aus dem Krankenhaus mit einem umschriebenen Auftrag. Erbeten wird entweder die Durchführung einer bestimmten apparativen Diagnostik (Zielauftrag, siehe AA K2-04 „Ausführung von Auftragsleistungen“) oder die Durchführung eines

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Dres	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K2 Kernleistungsprozesse der Patientenversorgung im Auftrag</b>		Seite 2 von 4
		Check: November	Version 2

Konsiles einschließlich klinisch-neurologischer und/oder psychiatrischer und ggf. apparativer Untersuchung, Mitbeurteilung und Empfehlung. Die Vertragsgrundlage zur Erteilung eines Ziel- oder Konsilauftrages ist durch die vertragsärztlichen Bestimmungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geregelt, bzw. im Falle der Zuweisung durch ein Krankenhaus ist sie ein mit dem Krankenhausträger ausgehandelter Vertrag. Die Erwartungen der Zuweiser und Kostenträger werden regelmäßig abgefragt (siehe Kapitel M5 „Management externer Partner“). Die Abrechnung erfolgt entsprechend der Vertragsgestaltung.

### **Zeitplanung und Terminvergabe**

Nach telefonischer, schriftlicher oder persönlicher Kontaktaufnahme des Auftraggebers werden durch den Arzt Art, Umfang und Fragestellung der zu erbringenden Leistungen ermittelt.

Bei Zielaufträgen erfolgt eine sofortige Ausführung als Notfall, wenn dieser als solcher vom Zuweiser gekennzeichnet ist und vom Arzt bestätigt wird. Andernfalls wird durch die Rezeption ein Termin vergeben (siehe AA K1-03 „Terminvergabe“). Sofern sich dies nicht direkt aus der Anforderung ergibt, wird die Art der Untersuchungsdurchführung vom Arzt festgestellt. Bei unklarer Auftragsformulierung wird durch den Arzt selbst oder mittels Delegation an eine Medizinische Fachangestellte eine entsprechende Rückfrage an den Auftraggeber gestellt.

Bei Konsilen wird die Dringlichkeit, sofern sie nicht eindeutig aus der Konsilanforderung hervorgeht, vom Arzt oder einer beauftragten Medizinische Fachangestellte beim Auftraggeber erfragt. Im Falle eines Notfalles erfolgt die Durchführung so früh wie möglich, d. h. bei Zuweisung durch einen Vertragsarzt sofort (siehe VA K2-01 „Krankenhauskonsile“). Bei Bestellung durch ein Krankenhaus wird ermittelt, inwieweit der Patient in die Praxis kommen kann, oder ob ein Arzt in das Krankenhaus fahren muss. Im letzteren Fall wird er dies bei einem Notfall im Anschluss an die Sprechstunde in der Mittagspause oder am Abend tun, in besonderen Fällen auch während des laufenden Patientenbetriebes, sofern mindestens ein weiterer Facharzt die Präsenz in der Praxis gewährleisten kann. Außerhalb von Notfallkonsilen ist ein fester Tag in der Woche mit dem Krankenhaus vereinbart (siehe AA K2-02 „Erstellung der Krankenhauskonsile“).

### **Leistungserbringung**

Der Zielauftrag wird entsprechend der Vorgabe des Auftraggebers durchgeführt (siehe AA K2-03 „Ausführung von Auftragsleistungen“). Der Arzt entscheidet vorher,

Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune/Dres	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>K2 Kernleistungsprozesse der Patientenversorgung im Auftrag</b>		Seite 3 von 4
		Check: November	Version 2

ob die Untersuchung durch ihn selbst erfolgen muss oder an eine Medizinische Fachangestellte delegiert werden kann. Nach erbrachter Leistung erfolgt die Dokumentation des Ergebnisses und die Befundübermittlung per Fax, telefonisch oder postalisch (siehe AA K2-07 „Erstellen von Dopplerbefunden“).

Konsile beinhalten obligat eine Anamnese und eine klinisch-neurologische und oder psychiatrische Untersuchung. In Abhängigkeit vom Untersuchungsergebnis und von der hieraus abgeleiteten Verdachtsdiagnose erfolgt ggf. eine apparative Diagnostik. Bei Krankenhauskonsilen erfordert dies eine Rücksprache mit dem Auftraggeber, da hiermit Mehrkosten und/oder logistischer Aufwand verbunden sind (siehe VA K2-01 „Krankenhauskonsile“). Die Diagnose oder Verdachtsdiagnose wird in einem Befundbericht festgehalten. Hierin werden auch die Therapieempfehlungen oder Empfehlungen zur weiterführenden Therapie dokumentiert.

### **Rechnungsstellung**

Die Abrechnung von Zielaufträgen und Konsilen im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt über die KV-Abrechnung (siehe VA S02-2 „Abrechnung GKV“). Krankenhauskonsile werden direkt mit dem Krankenhaus verrechnet. Dies ist in den Verfahrensanweisungen zu den einzelnen Kernleistungsprozessen dieser Kategorie dargestellt (siehe VA K2-01 „Krankenhauskonsile“).

### **Evaluation**

Quartalsweise wird die Anzahl der Konsilanforderungen durch das Krankenhaus sowie der Anteil an Konsilen und Zielaufträgen in der vertragsärztlichen Tätigkeit bestimmt (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“). Einmal im Jahr befragt die ärztliche Leitung die wichtigsten Zuweiser anhand eines Fragebogens zu ihren Erwartungen an die Praxis (siehe Kapitel M5 „Management externer Partner“). Die Wichtigkeit der Zuweiser ergibt sich aus der Häufigkeit und Bedeutsamkeit der Aufträge/Überweisungen im Hinblick auf besondere persönliche Beziehungen oder spezielle Fragestellungen. Aus den erhobenen Daten können Kennzahlen zum Ressourceneinsatz und zur Kosten-Nutzen-Relation berechnet werden.

### **Gesamtbewertung**

Die ermittelten Kennzahlen und die Ergebnisse der Zuweiserbefragung gehen in den jährlichen Qualitätsbericht ein, der von der QMB erstellt wird (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“ und E „Ergebnisse der Praxis“). Auf Basis dieses Berichts beurteilt die Geschäftsleitung die Kernleistungsprozesse der

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Dres	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>K2 Kernleistungsprozesse der Patientenversorgung im Auftrag</b>		Seite 4 von 4
		Check: November	Version 2

Patientenversorgung im Auftrag, stellt neue Prozessziele auf und legt ggf. Modifikationen der Abläufe fest. Nachzulesen ist dies im Protokoll der Managementbewertung (siehe VA M4-04 „QM-Bewertung“).

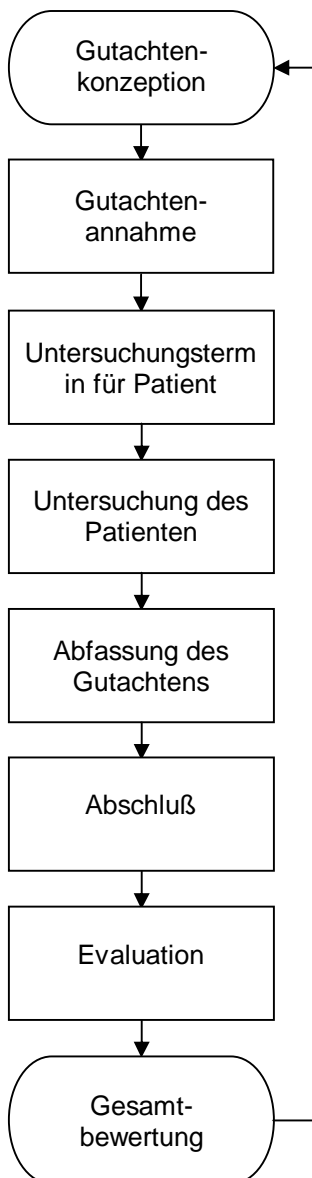
Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune/Dres	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010



neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>K3 Kernleistungsprozesse der Begutachtung</b>	Seite 1 von 3
		Check: November Version 2

## K3 Kernleistungsprozesse der Begutachtung

Kernleistungsprozesse dieser Kategorie sind die Begutachtung im Auftrag von Sozial- und Rentenversicherungen und im Auftrag von Gerichten ( VA K3-01 Ablauf SozialgerichtsgutachtenBFA-Gutachten“). Prozesseigner sind die GL.



### Gutachtenkonzeption

Begutachtungen im engeren Sinne beinhalten Bewertungs-, Beurteilungs- und Feststellungsleistungen nach umfassender Beschäftigung mit der Vorgeschichte und i. d. R. Untersuchung des Patienten (besser: Probanden). Kernleistungsprozesse dieser Kategorie besitzen somit weder eine kurative Zielsetzung, noch sind sie originärer Bestandteil der Patientenversorgung. Es handelt sich dennoch um Kernleistungsprozesse, da aus der gutachterlichen Tätigkeit eine entsprechende Wertschöpfung bezogen wird.

Umfang und Art der Arzt-Patienten-(besser: Probanden-) Beziehung, der Untersuchungen, der Dokumentation und der ärztlichen Beurteilung unterscheiden sich beträchtlich von den auf die Patientenversorgung bezogenen Kernleistungsprozessen. Da es hier um die Beantwortung sozialmedizinischer, sozialökonomischer oder forensischer Fragestellungen mit oft erheblichen psychosozialen und finanziellen Folgen für die Patienten geht, kommt dem begutachtenden Arzt auch an dieser Stelle eine große Verantwortung zu, die eine Darlegung der den Beurteilungen zugrunde liegenden Qualitätsstandards rechtfertigt bzw. erforderlich macht. Die Wahrung der Neutralität ist ein Grundprinzip gutachterlicher Tätigkeit, sie macht die Glaubwürdigkeit des Gutachters aus. Die Ausstellung der Attesten und Bescheinigungen ist Teil des Versorgungsauftrages und damit Bestandteil der Patientenversorgung.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>K3 Kernleistungsprozesse der Begutachtung</b>		Seite 2 von 3
		Check: November	Version 2

### **Gutachtenannahme**

Die Gutachtenannahme erfolgt durch Entgegennahme eines schriftlichen Auftrages. Der Arzt bestimmt nach Einsicht der Unterlagen den Termin und ob Zusatzuntersuchungen oder Zusatzgutachten erforderlich sind. Er überprüft anhand des Auftrages sowie anhand von Vereinbarungen und gesetzlichen Bestimmungen, welche Leistungen Bestandteil des Auftrages sind und ob für einzelne Leistungen die Genehmigung des Auftraggebers eingeholt werden muss. Nach Klärung dieser Voraussetzungen und Festlegung des diagnostischen Ablaufes erfolgt die Information des Probanden über Zeit und Ort der gutachterlichen Untersuchung durch die Rezeption (siehe z. B. VA K3-01 Ablauf SozialgerichtsgutachtenBFA-Gutachten).

### **Untersuchungstermin für den Patienten**

Ort und Termin sowie Name des ärztlichen Gutachters werden dem Probanden in jedem Fall durch die Rezeption schriftlich mitgeteilt.

### **Untersuchung des Patienten**

Vor der Untersuchung des Patienten studiert der Arzt die vom Auftraggeber und vom Patienten beigebrachten Akten. Anschließend wird der Patient über den Ablauf der Begutachtung aufgeklärt. Ferner werden ihm die „Spielregeln“ und Grundsätze der Gutachtenerstellung nahe gebracht, da ein großer Teil der Patienten Erwartungen an den Arzt als Behandler haben, die mit der Neutralität des Arztes als Gutachters nur partiell vereinbar sind. Nach Durchführung und Dokumentation der Anamnese und der Untersuchungen wird der Patient über das weitere formale Vorgehen informiert (siehe VAs Nrn. K3-01 Ablauf SozialgerichtsgutachtenBFA-Gutachten).

### **Abfassung des Gutachtens**

Das Gutachten wird der Fragestellung des Auftraggebers entsprechend abgefasst. Nach Diktat durch den Arzt erstellt das Schreibbüro die Abschrift und legt sie dem Arzt zeitnah zur Korrektur vor. Der Arzt bestätigt die Richtigkeit des Gutachtens durch seine Unterschrift (siehe auch Kapitel M3 „Geschäftsprozesse“, Abschnitt „Regelungen zur Rückverfolgbarkeit von Prozessen und Dienstleistungen“).

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>K3 Kernleistungsprozesse der Begutachtung</b>	Seite 3 von 3
		Check: November Version 2

### **Abschluss**

Die Abrechnung der Gutachten erfolgt gemäß der Vereinbarungen und Verträge mit den jeweiligen Auftraggebern (siehe Kapitel M5 „Management externer Partner“). Auf diese werden in den Verfahrensanweisungen der entsprechenden Kernleistungsprozesse verwiesen.

### **Evaluation für Patienten des Neurozentrums Prien**

Jährlich wird die Anzahl der Gutachtenanforderungen erfasst, unterteilt nach Auftraggeber (LVA, BfA, Sozialgerichte, Privatgutachten, etc.). Weiterhin wird stichprobenartig einmal im Jahr mittels eines Fragebogens (Formblatt K3-01 „Laufzettel Gutachten“) die Pünktlichkeit der Gutachtenerstellung ermittelt, aufgeschlüsselt nach Zeitpunkt des ersten Termins nach Auftragserteilung, Zeitpunkt des Diktats und der Niederschrift sowie Datum der Versendung der korrigierten Version. Die weitere Evaluation berücksichtigt Kennzahlen zum Ressourceneinsatz und zur Kosten-Nutzen-Relation (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“).

### **Gesamtbewertung**

Anhand der erhobenen Kennzahlen wird der Anteil dieser Kernleistungsprozesse an der gesamten Praxistätigkeit ermittelt und von der Geschäftsleitung im Rahmen der jährlichen QM-Bewertung bezüglich des Ressourcen-Einsatzes und der Einnahmen bewertet (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“). Dabei werden neue Prozessziele und mögliche Modifikationen an den zugehörigen Verfahren festgelegt. Weiterhin wird gemäß den Entwicklungen der Bedarf an Fort- und Weiterbildungen durch die Auftraggeber (z. B. VDR) oder andere Institutionen identifiziert.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune/Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>S Supportprozesse</b>		Seite 1 von 1
		Check: November	Version 2

## S Supportprozesse

Im folgenden Kapitel werden die Unterstützungsprozesse der Praxis dargestellt. Hierunter fallen die Mitarbeiterauswahl, -einstellung und -förderung sowie die Planung und Bereitstellung der für den Arbeitsalltag benötigten Finanzen, Informationen, Sachmittel und Räumlichkeiten (siehe Kapitel B3 „Prozessmodell“).

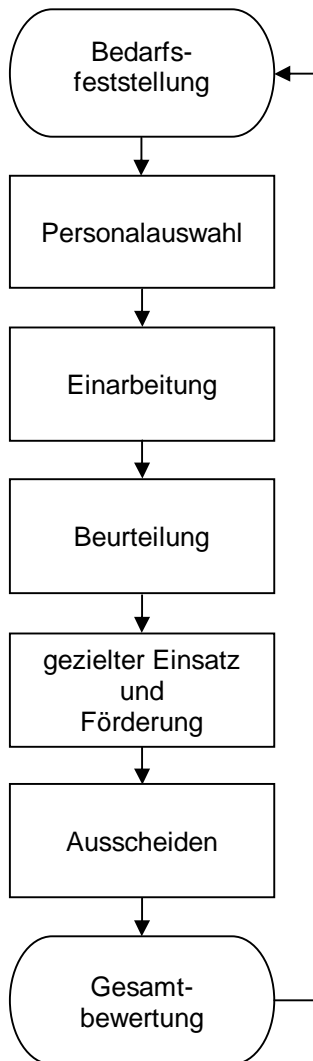
Prozesseigner sind die Medizinische Fachangestellten.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>S1 Mitarbeiterbezogene Prozesse</b>	Seite 1 von 4
		Check: November

## S1 Mitarbeiterbezogene Prozesse

In diesem Kapitel werden die Verfahren zur Auswahl, Anstellung, Einarbeitung und gezielten Weiterentwicklung des Praxispersonals beschrieben.



### Bedarfsfeststellung

Bedarf für neues Personal kann sich aufgrund von Krankheit und Fluktuation oder auch durch Erweiterungen der Praxis ergeben. Gerade für den letzteren Fall stellt die ärztliche Leitung bereits beim Aufstellen neuer Ziele (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“) fest, ob und welche neue Arbeitskräfte benötigt werden. Dokumentiert ist dies im Protokoll der Besprechung sowie bei größeren Projekten auch im zugehörigen QM-Plan (Formular M1-01 „QM-Plan“).

Anhand der bereits existierenden Stellenbeschreibungen (Formular S1-07 „Stellenbeschreibung“) sowie eventuellen besonderen Erfordernissen legt die ärztliche Leitung ein Anforderungsprofil für Bewerber fest und lässt durch die leitende Medizinische Fachangestellte eine entsprechende Stellenanzeige in der (Zeitung) aufgeben (siehe VA S1-01 „Einstellung neuer Mitarbeiter“). Außerdem erkundigt sie sich beim Personal und bei befreundeten Praxen nach weiteren in Frage kommenden Kandidaten.

### Personalauswahl

Einlaufende Bewerbungen werden von der ärztlichen Leitung und der leitenden Medizinische Fachangestellte im Hinblick auf das festgelegte Anforderungsprofil gesichtet (siehe VA S1-01 „Einstellung neuer Mitarbeiter“). Von beiden Seiten für gut befundene Interessenten werden von der leitenden Medizinische Fachangestellte zu einem

Vorstellungsgespräch eingeladen. Nach Möglichkeit sollten die Bewerber einen halben Tag in der Praxis probearbeiten. Das Vorstellungsgespräch führen die ärztliche Leitung und die leitende Medizinische Fachangestellte gemeinsam. Sie informieren den Bewerber über den Aufbau und die Besonderheiten der Praxis und besprechen mit ihm die mit der Stelle zusammenhängenden Ziele und benötigten Fertigkeiten. Außerdem wird dem Interessenten genügend Raum für eine

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>S1 Mitarbeiterbezogene Prozesse</b>		Seite 2 von 4
		Check: November	Version 2

Selbstdarstellung und eigene Rückfragen geboten. Im Anschluss an das Gespräch benoten sowohl die ärztliche Leitung als auch die leitende Medizinische Fachangestellte den Kandidaten im Formular „Anforderungsprofil“ und einigen sich auf eine gemeinsame Gesamtbewertung. Hat Probearbeit stattgefunden, so wird auch die Meinung des übrigen Praxispersonals eingeholt.

Nach Abschluss aller Bewerbungsgespräche wählen die ärztliche Leitung und die leitende Medizinische Fachangestellte den am besten passenden Interessenten aus und vereinbaren mit ihm das weitere Vorgehen zur Einstellung. Die Unterlagen der übrigen Bewerber werden zurückgesandt. Mit dem neuen Mitarbeiter wird so früh wie möglich ein Arbeits- bzw. Ausbildungsvertrag abgeschlossen. Hierzu werden von der GL Neurozentrum bzw. vom Steuerbüro des Neurozentrums entsprechende Standardverträge vorgehalten. Der unterschriebene Vertrag wird in der Personalakte aufbewahrt, der Mitarbeiter und das Steuerbüro erhalten eine Kopie.

### **Einarbeitung**

Für die Einarbeitungszeit bekommt der neue Mitarbeiter einen Kollegen des jeweiligen Arbeitsbereichs als festen Ansprechpartner zugeteilt. Die Einarbeitung selbst erfolgt gemäß Einarbeitungscheckliste (siehe z. B. Formular S1-06 „Einarbeitungsplan“), die einzelnen Stationen werden in der Checkliste mit Datum und Namenskürzel abgezeichnet. Nach Abschluss wird die ausgefüllte und unterschriebene Checkliste in der Personalakte abgeheftet.

### **Beurteilung**

Etwa vier Wochen vor Ablauf der im Arbeitsvertrag geregelten Probezeit trifft sich die ärztliche Leitung mit dem neuen Mitarbeiter und seinem Ansprechpartner zu einem Feedback-Gespräch. Hier werden die Chancen auf Übernahme in ein festes Anstellungsverhältnis abgeklärt und eventuell erforderliche Verbesserungspotentiale bestimmt. Am Ende der Probezeit wird im gegenseitigen Einvernehmen über die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses entschieden.

Auszubildende und das gesamte übrige Personal der Praxis werden einmal jährlich einer Personalbeurteilung unterzogen. Hierzu füllen die Mitarbeiter selbst, die ärztliche Leitung und bei Azubis zusätzlich der verantwortliche Ansprechpartner einen Fragebogen aus (Formulare S1-01 „Selbstbeurteilungsbogen“, S1-03 „Fremdbeurteilung Arzthelfer(in)“). Die Selbst- und Fremdbewertungen werden in den jährlich stattfindenden Mitarbeitergesprächen verglichen und gemeinsam Vereinbarungen für die weitere Zusammenarbeit sowie für den Schulungsbedarf des Mitarbeiters abgeleitet.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>S1 Mitarbeiterbezogene Prozesse</b>	Seite 3 von 4
		Check: November Version 2

Hierbei wird auch geplant, wo und wie der Mitarbeiter auf lange Sicht eingesetzt werden soll. Jedes Mitarbeitergespräch wird protokolliert und das Protokoll von beiden Parteien unterschrieben. Das Original wird in der jeweiligen Personalakte eingeklebt, der Mitarbeiter bekommt eine Kopie.

### **Gezielter Einsatz und Förderung**

Jeder Mitarbeiter wird gemäß Arbeitsvertrag/Stellenbeschreibung, aktuellen Erfordernissen (z. B. Projekten) und der im Mitarbeitergespräch getroffenen Vereinbarungen eingesetzt.

### *Schulung*

Durch die jährliche Erfassung und Festlegung des Schulungsbedarfs über Personalbeurteilung und Mitarbeitergespräch (siehe VA S1-02 „Ermittlung des Schulungsbedarfes“) ist die stete fachliche Weiterentwicklung eines jeden Mitarbeiters orientiert an den Plänen und Zielen der Praxis gewährleistet. Die Termine der folgenden, regelmäßig durchgeführten internen Schulungen werden in dem Terminplaner eingetragen und hängen im Personalraum aus. (siehe auch Kapitel S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“):

- Datenschutzschulung
- Verhalten im Brandfall
- Hygieneschulung
- Erste-Hilfe-Schulung
- Arbeitsschutzgesetz
- Geräteschulung

Für alle internen Fortbildungen bestätigen die Teilnehmer mit ihrer Unterschrift die Teilnahme (FB-Pflichtschulungen) . Außerdem soll jeder Mitarbeiter, der eine externe Weiterbildungsmaßnahme besucht hat, den anderen in der folgenden Teamsitzung (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“) eine kurze Zusammenfassung über die gelernten Inhalte geben.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>S1 Mitarbeiterbezogene Prozesse</b>		Seite 4 von 4
		Check: November	Version 2

### **Ausscheiden**

Die Geschäftsleitung legt besonderen Wert auf ein transparentes, faires Vorgehen bei der Kündigung von Mitarbeitern. Treten im Arbeitsverhältnis gravierende Probleme auf, so werden diese im Mitarbeitergespräch oder in einem gesondert angesetzten Gespräch zwischen der ärztlichen Leitung und dem jeweiligen Mitarbeiter besprochen. Kommt der Mitarbeiter den Erfordernissen weiterhin nicht nach, so folgt auf zwei Abmahnungen die Kündigung.

Scheiden Mitarbeiter aufgrund von Alter, Krankheit oder Kündigung aus der Praxis aus, so werden sie der Dauer ihrer Praxiszugehörigkeit angemessen verabschiedet.

### **Gesamtbewertung**

Bei der jährlichen Zielformulierung und Ressourcenplanung (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“) betrachtet die ärztliche Leitung zusammenfassend die Personalbeurteilung des vergangenen Jahres, beschließt ggf. Korrekturen am Vorgehen der Mitarbeiterbeurteilung und plant für jeden Mitarbeiter dessen weitere Einsatzmöglichkeiten. Alle diesbezüglichen Festlegungen sind im Protokoll der Sitzung nachzulesen. Außerdem bewertet sie generell den Prozess der Personalauswahl, -einarbeitung und -förderung und nimmt bei Bedarf Veränderungen vor.

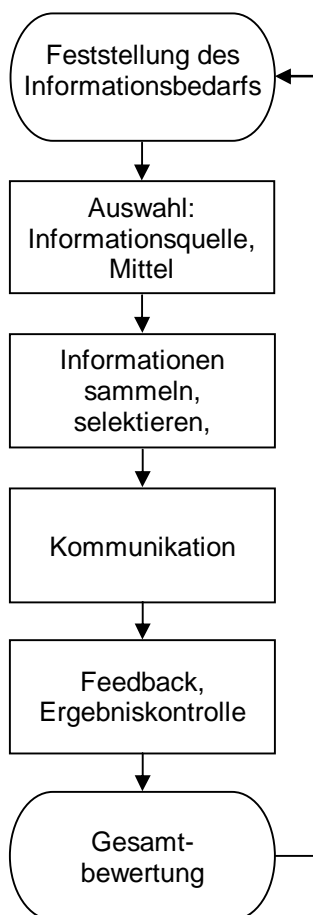
Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010



neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>S3 Informationsprozesse</b>	Seite 1 von 3
		Check: November Version 2

## S3 Informationsprozesse

Im folgenden Kapitel werden der Prozess der Informationsbeschaffung, -prüfung und -weiterleitung beschrieben sowie die in der Praxis vorhandenen Informationsmedien aufgeführt. Hierzu gehört der gesamte Informationsfluss innerhalb der Einrichtung (siehe z. B. AA S3-02 „Postbearbeitung“), die Darstellung der Praxis nach außen und die Archivierung und Aktualisierung von Informationsmaterial, z. B. solchem über Institutionen wie Spezialambulanzen oder -labors (z. B. für neurogenetische Fragestellungen) inklusive Ansprechpartner, Sprechstundenzeiten und Telefonnummern, über Verbände, Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, etc.



### Feststellung des Informationsbedarfs

Durch Organigramm und ergänzende Stellenbeschreibungen (siehe Kapitel B2 „Organigramm“) sind Verantwortung und Befugnis der einzelnen Mitarbeiter bereits vorgegeben und somit augenscheinlich, inwieweit welcher Mitarbeiter über welche Vorgänge der Praxis informiert sein muss.

Für das aktuelle Jahr überlegt die ärztliche Leitung beim Aufstellen der neuen Ziele und Unternehmenspolitik (siehe Kapitel „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“), welche Informationen zum Erreichen der Ziele benötigt werden und wer diese einholen kann. Je nach geschätztem Aufwand für die Informationsbeschaffung übernimmt diese die Leitung selbst oder betraut bestimmte Mitarbeiter oder ein externes Institut mit dieser Aufgabe. Im Protokoll der Zielbesprechung sind die neuen Ziele und die zugehörigen Verantwortlichen für die jeweiligen Ablaufschritte nachzulesen.

Informationsbedarf, der sich außerhalb der jährlichen Zielplanung aus aktuellem Anlass ergibt, wird in den diversen regulären Besprechungen (siehe weiter unten) identifiziert, delegiert und im Protokoll der Sitzung festgehalten. Die Protokolle werden von der QMB in die jeweiligen Fächer der Ärzte gelegt und für das Arzthelferinnenteam in das Übergabebuch eingeklebt.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b>  <b>S3 Informationsprozesse</b>	Seite 2 von 3
		Check: November Version 2

### **Auswahl von Informationsquellen und -mitteln**

Der jeweils zuständige Mitarbeiter erarbeitet selbsttätig, wie umfangreich die Informationen sein müssen und wo und wie diese gewonnen werden können. Mit der Praxisleitung ist dabei abzustimmen, welche zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Informationssammlung zur Verfügung stehen.

### **Informationen sammeln, selektieren und weitergeben**

Der Verantwortliche für den jeweiligen Informationsbeschaffungsprozess selektiert und gewichtet die einlaufenden Informationen und beurteilt dabei, wann und ob das vorliegende Material ausreichend ist oder ob und welche weiteren Informationsquellen berücksichtigt werden müssen. Sollte dabei das vereinbarte Budget aufgebraucht sein, hält er vor der Einleitung weiterer Informationsbeschaffungsmaßnahmen mit der Geschäftsleitung Rücksprache.

Generell berichtet der zuständige Mitarbeiter der Geschäftsleitung in vereinbarten Abständen über die aktuelle Lage. Bei zeit- und/oder kostenintensiven Projekten wird zudem ein QM-Plan geführt (Formular M1-01 „QM-Plan“), in dem der Mitarbeiter mindestens vierteljährlich alle geplanten Maßnahmen mitsamt Kriterien zu deren Erfolgsbewertung einträgt, so dass hieraus die Mittel und Wege zur Sammlung von Informationen sowie die Kriterien zu deren Begutachtung nachvollzogen werden können (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“). Die QM-Pläne befinden sich im Ordner „Aktuelle Projekte“. Der verantwortliche Mitarbeiter überlegt auch, ob und wie das übrige Praxispersonal über den Stand des Projektes informiert werden muss.

### **Kommunikation**

Sobald die Informationsbeschaffung abgeschlossen ist, stellt der betreffende Mitarbeiter das vorliegende Material in übersichtlicher Form zusammen und sorgt dafür, dass alle zu informierenden Personen in geeigneter Form über die Ergebnisse unterrichtet werden. Als Standardinstrumente hierfür bieten sich das Verteilen von schriftlichem Informationsmaterial in die entsprechenden Mitarbeiterfächer oder folgende regulär stattfindende Besprechungen an: Strategiesitzung der Leitung (halbjährlich), QM-Sitzung (monatlich), Dienstbesprechung der Arzthelferinnen (monatlich) oder Besprechung des ganzen Praxisteam (vierteljährlich). Das gesamte relevante Material inklusive der Übersicht wird zudem im Ordner „Aktuelle Projekte“ eingeklebt und ist dort einzusehen.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch S3 Informationsprozesse</b>		Seite 3 von 3
		Check: November	Version 2

Darüber hinaus stehen in der Praxis folgende Informationsmedien zur Verfügung:

- Miteinander vernetzte PCs
- Internetzugang an Praxisrechnern (siehe Kapitel S4 „Ressourcenbezogene Prozesse“, Abschnitt Datenschutz)
- Telefonanlage
- Schwarzes Brett für Mitarbeiter (Personalraum)
- Flyer, Informationsbroschüren
- Tageszeitungen und Journale
- Fachbücher und -zeitschriften zu den Bereichen Neurologie, Psychopathologie, Personalführung, etc. (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen, Abschnitt „Bibliothek“)
- Videos

Für die Kommunikation nach extern (siehe auch VA S3-01 „Weitergabe von Praxisinformationen“) werden zudem Poster, Fachpublikationen, Kongresse sowie allgemeine Pressearbeit genutzt, genauer ist dies im Kapitel M3 „Management externer Partner“ dargestellt.

### **Feedback und Ergebniskontrolle**

Die Güte des allgemeinen Informationsflusses in der Praxis wird bei den jährlichen Erhebungen der Mitarbeiterzufriedenheit abgefragt (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“). Spätestens in der jährlichen QM-Bewertung durch die Leitung (siehe VA M4-04 „QM-Bewertung“) werden hier nötige Verbesserungsmaßnahmen diskutiert und beschlossen. Diese sind aus dem Protokoll der QM-Bewertung ersichtlich.

### **Gesamtbewertung**

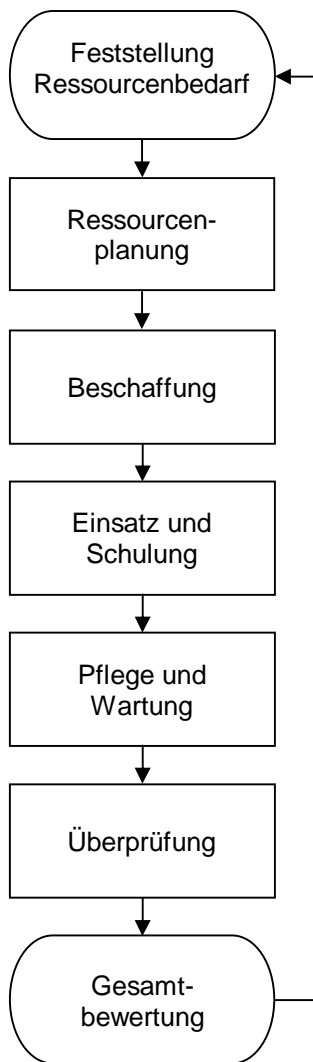
Im Rahmen der jährlichen QM-Bewertung betrachtet die Geschäftsleitung auch den gesamten Prozess der Informationsbeschaffung und -weiterleitung in der Praxis, identifiziert eventuelle Defizite und entscheidet über nötige Veränderungen im Vorgehen. Sie legt den Informationsbedarf und die Verantwortlichkeiten für das kommende Jahr fest (siehe Anfang des Kapitels).

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>S4 Ressourcenbezogene Prozesse</b>	Seite 1 von 6
		Check: November
		Version 2

## S4 Ressourcenbezogene Prozesse

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die übrigen Ressourcen der Praxis (Räumlichkeiten, Inventar, Sprechstundenbedarf, etc.) geplant, beschafft und gepflegt werden. Prozesseigner ist die leitende Arzthelferin.



### Feststellung des Ressourcenbedarfs

Bei der jährlichen Zielüberprüfung und -neuformulierung (siehe Kapitel M1 „Entwicklungsprozesse - Visionen - Ideen“) wird sowohl der Bedarf an Finanz- (siehe Kapitel S2 „Finanzprozesse“) als auch an Arbeitsmitteln und Räumlichkeiten festgestellt. Als Basis hierfür dienen zum einen die neu gewählten Ziele selbst, dann Berichte der Gerätebeauftragten über austauschbedürftige Geräte und sinnvolle Neuanschaffungen (siehe weiter unten), hygiene- und sicherheitsbezogene Empfehlungen aus Betriebsbegehungen und Audits (siehe Kapitel M4 „Qualitätsmanagementprozesse“), Ergebnisse aus Mitarbeiter- und Patientenbefragungen (siehe Kapitel E „Ergebnisse der Praxis“) sowie generelle Überlegungen zu Veränderungen und Umstrukturierungen der Praxis. Bei Bedarf wird auch das Praxispersonal in einer der regulären Besprechungen (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“) gezielt befragt, welche Ressourcen häufig fehlen oder die tägliche Arbeit deutlich erleichtern würden. Die Sitzungen werden protokolliert.

### Ressourcenplanung

Der erhobene Ressourcenbedarf wird von der ärztlichen Leitung im Hinblick auf patienten- und mitarbeiterbezogenen sowie ökonomischen Nutzen und Finanzierbarkeit bewertet. Als Instrument und Dokumentation hierfür kann eine entsprechende Kriterienmatrix mit Gewichtungen von 1 (niedrigste Priorität) bis 5 (höchste Priorität) herangezogen

werden. Die ausgefüllte Matrix wird von der ärztlichen Leitung im Strategieordner aufbewahrt.

Anhand dieser Priorisierung plant die Geschäftsleitung, wann und durch wen welche Ressourcen beschafft werden sollen und wie die Finanzierung erfolgen kann. Diese Planung wird schriftlich festgehalten und von der ärztlichen Leitung ebenfalls im Stra-

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>S4 Ressourcenbezogene Prozesse</b>	Seite 2 von 6
		Check: November Version 2

tegieordner abgeheftet. Den betroffenen Mitarbeitern, ggf. auch dem gesamten Praxisteam, werden diesbezügliche Informationen in ausreichendem Umfang weitergeleitet (siehe Kapitel S3 „Informationsprozesse“).

### **Beschaffung**

Für den alltäglichen Praxisbedarf existieren Lieferantenlisten (Formular FB M5-03 „Lieferantenliste“, siehe auch AA S4-01 „Bestellungen“), die von der leitenden Arzthelferin gepflegt und aktuell gehalten werden. In den Listen sind die Kontaktadressen sowie nähere Informationen zu Bestellvorgang und üblichen Lieferzeiten angegeben. Die Listen befinden sich in dem Ordner „Bestellungen“. In diesem Ordner werden die Kopien der Rechnungen nach Prüfung des Wareneinganges aufbewahrt.

Das Neurozentrum Prien hat generell folgende Kriterien für die Auswahl und Bewertung von Lieferanten aufgestellt (siehe auch weiter unten):

- Qualität der gelieferten Produkte
- Preis
- Zuverlässigkeit
- Erreichbarkeit, örtliche Nähe und Lieferzeiten

Außerdem wird nach Möglichkeit nur noch mit Lieferanten mit implementiertem Qualitätsmanagement zusammengearbeitet. Daher wird in den Lieferantenlisten auch vermerkt, welche der Lieferanten über ein zertifiziertes oder auf andere Weise nachgewiesenes Qualitätsmanagementsystem verfügen.

Bei der Auswahl neuer Lieferanten holt sich der beauftragte Mitarbeiter bei möglichen Auftragnehmern direkt und bei befreundeten Facharztpraxen Informationen zu den oben genannten Kriterien ein. Diese werden in einem Formular vermerkt (Formular FB M5-01 „Lieferantenbeurteilung“) und dieses im Qualitätsdokumentenordner abgeheftet.

Bei Eingang der bestellten Materialien werden diese vom beauftragten Mitarbeiter auf Vollständigkeit und Unversehrtheit überprüft und dies mit Namenskürzel und Datum auf dem Lieferschein abgezeichnet. Die Originale der Lieferscheine/Rechnungen werden an den Steuerberater weitergeleitet, eine Kopie verbleibt jeweils in der Praxis (siehe auch AA S4-01 „Bestellungen“).

### **Einsatz und Schulung**

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>S4 Ressourcenbezogene Prozesse</b>	Seite 3 von 6
		Check: November Version 2

Vor der Aufstellung und Inbetriebnahme neuer Geräte werden diese von der Gerätebeauftragten oder einem Techniker nochmals auf Funktionstüchtigkeit und Kompatibilität zu den übrigen Geräten überprüft. Dokumentiert wird dies im Gerätebuch. Bei Medikamenten und Verbandsmaterial ordnet die zuständige Arzthelferin den Bestand so, dass die Packungen mit dem längeren Haltbarkeitsdatum nach hinten kommen. Die Packungen mit abgelaufenem Mindesthaltbarkeitsdatum werden dabei entsorgt.

Alle betroffenen Mitarbeiter werden zu folgenden Themen regelmäßig geschult:

#### *Brand- und Katastrophenschutz*

Die Inhalte der anfangs von der örtlichen Feuerwehr mit allen Mitarbeitern durchgeführten Brandschutzschulung werden von der/dem QMB in jährlichem Abstand aufgefrischt (siehe Kapitel S1 „Personalprozesse“). Zusätzlich hängen an den relevanten Stellen Verfahrensanweisung zum Verhalten im Brandfall aus (siehe VA S4-02 „Verhalten im Brandfall“). Notausgänge sowie die Standorte der Feuerlöscher sind gekennzeichnet.

#### *Ergonomie und Arbeitssicherheit*

Bei Bedarf werden von der Ergotherapie oder vom von der Praxis beauftragten Arbeitsmediziner oder Sicherheitsingenieur Schulungen zu ergonomie- und sicherheitsrelevanten Themen abgehalten, z. B. zum rüchenschonenden Arbeiten oder zu Unfallverhütungsmaßnahmen. Außerdem befinden sich im Ordner „Mitgeltende Dokumente“ Sicherheitsanweisungen der Berufsgenossenschaft zu den für die Praxis relevanten Themen (siehe Register 6).

#### *Datenschutz*

Alle PCs der Praxis sind grundsätzlich durch ein Passwort vor fremdem Zugriff geschützt. Maßnahmen zum Virenschutz und zur Datensicherung sind in einer Verfahrensanweisung detailliert festgelegt (siehe VA S4-01 „Datensicherheit“). Das Datenschutzgesetz selbst befindet sich im Original und als gut lesbare Zusammenfassung im Ordner "Mitgeltende Dokumente". Mindestens einmal jährlich werden dem Praxispersonal durch die Datenschutzbeauftragte die nötigen Verhaltensregeln für den Umgang und die Sicherung von personenbezogenen Daten nahe gebracht sowie genauestens erklärt, welche Informationen z. B. bei telefonischen Anfragen von Angehörigen oder Kostenträgern überhaupt an wen übermittelt werden dürfen. Nichtanwesende können und sollen sich über Schulungsprotokolle im Ordner „Qualitätsdokumente“ über die besprochenen Inhalte informieren (siehe auch Kapitel S1 „Personalprozesse“).

Aktuelle Version erstellt: Thümmeler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>S4 Ressourcenbezogene Prozesse</b>	Seite 4 von 6
		Check: November Version 2

### *Hygiene*

Von der Hygienebeauftragten der Praxis werden mindestens einmal jährlich Hygieneschulungen mit dem gesamten Team durchgeführt (siehe Kapitel S1 „Personalprozesse“). Erforderliche Reinigungen und Desinfektionen sind in Hygieneplänen eindeutig beschrieben (siehe z. B. Formular S4-02 „Desinfektionsplan“ und S4-03 „Hygieneplan Diagnostik“). Die Pläne hängen in den jeweiligen Behandlungszimmern aus und sind zusätzlich im Ordner „Mitgeltende Dokumente“ zu finden. Die Hygienebeauftragte kontrolliert stichprobenartig deren Einhaltung, außerdem zeichnet die Reinigungskraft größere Reinigungen/Desinfektionen im Putzkalender mit ihrem Namenskürzel ab. Der Putzkalender hängt im Schrank der Reinigungskraft im Personalzimmer.

### *Notfall und Erste Hilfe*

Die ärztliche Leitung führt mindestens einmal jährlich mit allen Mitarbeitern Erste Hilfe-Schulungen durch, gerade im Hinblick auf erforderliche Schockbehandlungen. Die Schulungen werden protokolliert (siehe Kapitel S1 „Personalprozesse“). Der Notfallkoffer befindet sich im Behandlungsraum 1 hinter der Tür.

### *Geräteschulung*

Jede Arzthelferin muss, bevor sie an einem Gerät arbeitet, vom Gerätehersteller oder einer vom Hersteller eingewiesenen Person in die Funktionsweise des Gerätes und mögliche Sicherheitsrisiken eingewiesen werden. Dokumentiert wird die Einweisung mit Namenskürzeln und Datum im Gerätebuch (siehe auch Kapitel S1 „Personalprozesse“).

### *Sonstiges*

Jede Arzthelferin ist bereits durch ihre Ausbildung im Umgang mit gefährlichen/ toxischen Substanzen und Medikamenten, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, unterrichtet bzw. geschult.

### **Pflege und Wartung**

Die EDV-Anlage der Praxis wird von der Firma Mountain EDV, Halfing, regelmäßig gewartet. Zum Schutz vor Viren ist auf jedem PC der Praxis ein Virensch scannerprogramm installiert, das so eingestellt ist, dass gefährliche Datenquellen vor dem Öffnen automatisch gescannt werden (siehe VA S4-01 „Datensicherheit“). Die täglich nach Sprechstundenende angefertigten Datensicherungsträger werden im Tresor in der Praxis gelagert, der wöchentlich zu erstellende Datensicherungsträger extern im Bankschließfach des Neurozentrums Prien in der Volksbank-Raiffeisenbank Rosenheim-Chiemsee, Zweigstelle Prien. Die

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010

<b>neuro   zentrum prien</b>	<b>QM-Handbuch</b> <b>S4 Ressourcenbezogene Prozesse</b>		Seite 5 von 6
		Check: November	Version 2

Verantwortlichkeit für die Datensicherung und die Aufbewahrung der Datenträger ist im Dienstplan jeweils pro Tag einer Arzthelferin zugeordnet.

Die Medizingeräte der Praxis werden von damit beauftragten Technikern regelmäßig gewartet bzw. geeicht, dies wird in den Gerätebüchern und durch entsprechende Aufkleber auf den Geräten selbst dokumentiert. Unvorhergesehen auftretende Probleme mit einem Gerät werden vom Entdecker sofort an die Gerätebeauftragte gemeldet, die das Gerät prüft, nötigenfalls sperrt und den zugehörigen Techniker verständigt. Alle außerplanmäßigen Reparaturen werden ebenfalls im Gerätebuch eingetragen. Jährlich vor der Ressourcenplanung (siehe oben) schreibt die Gerätebeauftragte zusammen, welche Geräte häufiger defekt waren und welche weiteren Neuanschaffungen sinnvoll erscheinen.

Die Berufsgenossenschaft und der von der Praxis beauftragte Sicherheitsingenieur führen in regelmäßigen Abständen Praxisbegehungen durch. Arbeitsmedizinisch werden die Praxismitarbeiter von einem ortsansässigen Arbeitsmediziner betreut. Die Einhaltung der hier relevanten gesetzlichen Bestimmungen kann durch die vertraglichen Abmachungen mit dem Arbeitsmediziner und dem Sicherheitsingenieur nachgewiesen werden, die sich im Ordner „Mitgeltende Dokumente“ befinden. Außerdem werden diesbezügliche Verbesserungsvorschläge von der Praxisleitung in den halbjährlichen Strategiesitzungen besprochen und notwendige Maßnahmen beschlossen und dokumentiert. Die Sitzungsprotokolle befinden sich im Strategieordner, die Protokolle der Betriebsbegehungen werden im Ordner „Mitgeltende Dokumente“ abgeheftet.

Raumplan und Inventarlisten der Praxis werden von einer Arzthelferin regelmäßig auf Aktualität überprüft und zumindest ein Exemplar von der ärztlichen Leitung extern gelagert.

Alle Archive der Praxis (Karteikarten, MIBG-Bilder) sind alphabetisch geordnet.

### **Überprüfung**

Das Wissen der Mitarbeiter zu Hygiene, Brandschutz, Notfall sowie den anderen sicherheitsrelevanten Themen wird in den internen und externen Audits abgefragt (siehe VA M4-03 „Interne Audits“). Außerdem überprüfen die entsprechenden Beauftragten im Arbeitsalltag stichprobenartig die Einhaltung der betreffenden Vorschriften.

Einmal jährlich wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten eine Lieferantenbewertung veranlasst. Hierzu wird jeder Lieferant von einer kundigen Person in einem

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010



neuro   zentrum prien	<b>QM-Handbuch</b> <b>S4 Ressourcenbezogene Prozesse</b>		Seite 6 von 6
		Check: November	Version 2

Formular bezüglich festgelegter Kriterien bewertet (siehe Formular FB M5-01 „Lieferantenbeurteilung“). Die Ergebnisse werden von der QMB zusammengetragen, ggf. der Geschäftsleitung zur Diskussion und Bewertung vorgelegt. Die ausgefüllten Lieferantenbewertungen werden im Ordner „Qualitätsdokumente“ aufbewahrt.

### **Gesamtbewertung**

Bei der jährlichen Zielüberprüfung und Neuformulierung (siehe oben) begutachtet die ärztliche Leitung auch den gesamten Prozess der Ressourcenplanung, -beschaffung und -erhaltung und nimmt ggf. Veränderungen am Vorgehen vor. Außerdem wird bewertet, inwieweit sich die Anschaffungen des vergangenen Jahres gelohnt haben. Der neue Ressourcenbedarf wird festgestellt und geplant (siehe oben). Festgehalten ist dies im Protokoll der Bewertung.

Aktuelle Version erstellt: Thümmler	Prof. Braune Dres.	Freigegeben: Freigabe auf Seite 1 des Kapitels
Datum:	28.06.2010	Datum: 02.08.2010