

Praxis-Profi

2007

Interaktive Fortbildung
für Dialogpartnerinnen

„Qualitätsmanagement in der Arztpraxis“

Lehrbrief 2

Instrumente

Autor: Werner M. Lamers

Herausgeber: Ihre Ärztenossenschaft

Mit freundlicher Genehmigung der





Vorwort

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – Instrumente

Nachdem wir uns im ersten Lehrbrief zum Thema Qualitätsmanagement mit den Vorgaben des Gesetzgebers und einigen Grundlagen des QM beschäftigt haben, wird es in diesen Studienunterlagen etwas praktischer.

Der Ihnen nun vorliegende Lehrbrief „Instrumente“ befasst sich in erster Linie mit den technischen Aspekten des Qualitätsmanagements. Sie werden die Grundsätze eines Qualitätsmanagements kennenlernen. Ferner werden Sie erfahren, was ein Leitbild ist und wie es erstellt wird. Weiterhin werden Sie QM-Ziele formulieren können und Indikatoren zur Messung der Zielerreichung nutzen. Sie lernen typische QM-Werkzeuge wie Strichlisten, Flow-Charts, Checklisten, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen kennen und werden lesen, wie und wozu ein QM-Handbuch erstellt wird.

Wir wünschen Ihnen jedenfalls viel Spaß und Erfolg beim Lernen und vor allem bei der Umsetzung.



Katja Backen



Werner M. Lamers



Inhalt

	Seite
1. Grundsätze des Praxis-Qualitätsmanagements	3
1.1 Prinzip der Schriftlichkeit	3
1.2 Leitbilder	5
1.3 Selbstbewertung	6
1.4 Ziele	7
1.5 Überprüfung / Messung / Indikatoren	9
2. Werkzeuge für das Qualitätsmanagement	10
2.1 Strichliste	10
2.2 Checklisten	11
2.3 Flussdiagramm	11
2.4 Organigramm	13
2.5 Verfahrensanweisung	14
2.6 Arbeitsanweisung	14
2.7 QM-Handbuch	17
3. Vorgehensweise	18

Anhang

1. Leitbildbaukasten
2. Muster Telefonnotiz
3. Strichliste IGeL-Aktivitäten Anmeldung
4. Checkliste Kontrolle Notfallausstattung
5. Verfahrensanweisung Notfallmanagement
6. Arbeitsanweisung Kontrolle Notfallkoffer
7. Flussdiagramm Kontrolle Notfallkoffer



1. Grundsätze des Praxis-Qualitätsmanagements

Qualität zu „managen“ bedeutet, jederzeit vor nachvollziehbarem Hintergrund zu handeln, dafür zu sorgen, dass alles so durchgeführt wird, wie es als derzeitiges Optimum festgelegt ist. Dazu müssen die qualitätsrelevanten Praxisabläufe (Prozesse) verbindlich beschrieben werden. Die Vorgehensweisen sämtlicher Mitarbeiter der Praxis haben sich nach diesen Vorgaben zu richten und ihnen zuzustimmen. Eine weitere Aufgabe des Qualitätsmanagements ist diese Vorgaben zu veranlassen, sicherzustellen, zu überprüfen, zu hinterfragen und ggf. anzupassen.

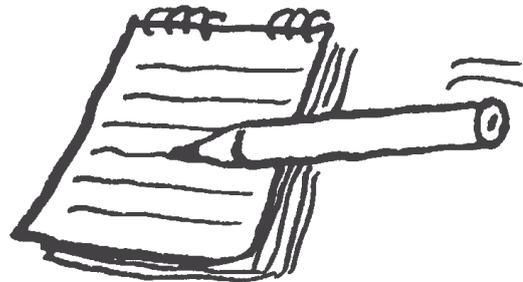
Zuvor ist aber zu definieren, was Qualität für die Praxis bedeutet. Es sind daher **Leitbilder** zu schaffen, an denen sich das Qualitätsmanagement orientiert. Weiterhin sind **Ziele** zu definieren, die damit erreicht werden sollen.

Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung gehörten schon immer zu den Grundlagen ärztlicher Tätigkeit. Die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern, sollte generelles Ziel eines jeden niedergelassenen Arztes sein. Ein Qualitätsmanagement soll dem Arzt helfen, seine Praxisabläufe besser zu strukturieren und dadurch den Bedürfnissen der Patienten und Mitarbeiter zu entsprechen. QM dient ferner dazu, die Qualität der Praxis nach außen darzustellen und eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Praxis zu erreichen.

1.1 Prinzip der Schriftlichkeit

Ein wesentliches Prinzip des QM ist die Schriftlichkeit, d. h. es ist alles in systematischer Form zu dokumentieren, was zu einem Organisationsprozess dazu gehört.

Dokumentation ist nicht alles, aber ohne Dokumentation ist alles nichts.



Das hört sich in erster Linie lästig an. Die Vorteile sind jedoch nicht zu unterschätzen: Erstens kann jeder stets den aktuellen Stand der praxisspezifischen Vorgaben einsehen. Zweitens ist durch die schriftliche Festlegung eine höhere Bindung an die Vereinbarungen gegeben, als es bei rein mündlichen Vorgaben der Fall wäre.

Schreiben Sie daher auf, was immer Sie künftig hinsichtlich QM tun und anweisen - am besten in einheitlicher, standardisierter Form - auf durchnummerierten QM-Dokumenten. Auch praxiseigene Formulare, Vordrucke etc. sollten jeweils in ein QM-Dokument eingefügt und mit den erforderlichen Basisinformationen versehen sein (siehe Beispiel 2. Muster Telefonnotiz im Anhang).

Im Kopf des Dokumentes sollte immer zu erkennen sein, aus welcher Praxis es stammt.



Die Bezeichnung des Dokumentes (z. B. „Verfahrensanweisung Hygiene“) ist ebenfalls sehr hilfreich.

	Dr. Peter Moer Augenarzt	Verfahrensanweisung Notfallmanagement	VA 01.07.01
© Lamers Praxisberatung 2007			
Ziel der Anweisung:	Ziel dieser Verfahrensanweisung ist es - Notfallpatienten in der Praxis zu erkennen und deren Versorgung unverzüglich einzuleiten.		

Benötigt wird ferner eine systematische Nummerierung. Die internationale QM-Standardisierung ISO 9000 schlägt dazu folgende Gliederung vor:

Eine Buchstabenabkürzung, z. B. VA für Verfahrensanweisung, danach eine zweistellige fortlaufende Nummerierung, die einen Bezug zum Kapitel/Element des QM-Handbuches haben sollte. Das Dokument Nummer VA 01.07.01 bezeichnet also die erste (01) Verfahrensanweisung aus dem Kapitel 01, Gruppe 07 aus dem QM-Handbuch der Praxis.

Dokumente der gleichen Zuordnung bekommen auch die gleiche Nummerierung. Das Dokument mit der Nummer AA 01.07.01.01 wäre danach die erste Arbeitsanweisung (01), die sich aus dieser Verfahrensanweisung ergibt. Die Nummern C 01.07.01.01 und F 01.07.01.01 würden die eindeutige Benennung für eine Checkliste und ein Flussdiagramm darstellen, die im Zusammenhang mit dieser Arbeitsanweisung Gültigkeit haben.

Diese Form ist allerdings für Arztpraxen nicht bindend. **Sie dürfen Ihre eigene Systematik wählen - sollten sich dann aber auch durchgängig daran halten.**

Bei den Mustervordrucken im Anhang haben wir uns an die Systematik angelehnt, die im Qualitätsmanagementsystem QEP der KBV verwendet wird.

Verteiler:	Dr. Peter Moer	Sabine Alster	Renate Weber	Jana Herbst			
Ersteller:	S. Alster	Datum:	27.06.07	Dateiname/Pfad:	G:\QMVA1-7.odt		
Freigegeben durch:	Dr. P. Moer	Datum:	29.06.07	Version:	1.0	Seite:	1/1

Im Fuß eines jeden QM-Dokumentes befinden sich, immer in der gleichen Form, weitere Informationen. Zum Beispiel der Verteiler, wenn mehrere Personen die Inhalte dieses Dokumentes kennen müssen.

Auf jeden Fall sollten die Namen des Erstellers (die Person, welche das Dokument entwickelt, erarbeitet, überarbeitet hat) und des Freigebers (i. d. R. der Praxisinhaber)



aufgeführt sein. Dabei sollte das „4-Augen-Prinzip“ gelten: Der Freigeber darf niemals der Ersteller sein. In kleinen Praxen dürfte das jedoch schwer oder gar nicht einzuhalten sein. Das Datum der Erstellung und der Freigabe sollten ebenfalls vermerkt werden.

Sinnvoll ist weiterhin ein Feld für den Pfad/Dateinamen - wenn die Dokumente per EDV erstellt und verwaltet werden.

Eine Versionsnummer gehört auch in einen ordnungsgemäßen Fuß eines QM-Dokumentes. Auf dem ersten Blick ist ersichtlich, welche Version die letzte gültige ist. Schließlich wird damit auch der Beweis der Weiterentwicklung des QM angetreten.

Perfekt ist der Fuß, wenn auch noch die Seitenzahl und die Seitenanzahl des Dokumentes vermerkt werden.

Schaffen Sie sich am besten ein Musterformular in der Textverarbeitung Ihres Computers, bei dem die Felder bereits gefüllt sind, bzw. automatisch gefüllt werden (Verteilernamen, Ersteller, Freigeber, Datum, Pfad/Datei, Seitennummer etc.). Zumindest sollten Sie sich aber eine Kopiervorlage mit den wesentlichen Vorgaben ausdrucken.

Mit dieser standardisierten, einheitlichen Dokumentengestaltung erleichtern Sie sich die Arbeit ganz wesentlich, weil Sie immer auf einen Blick die relevanten organisatorischen und verwaltungstechnischen Aspekte eines jeden QM-Dokumentes erkennen.

Außerdem zwingen Sie sich durch solche Standardisierungen und Formalismen, insbesondere bei der Nummerierung, zum systematischen Vorgehen.

1.2 Leitbilder

Erste Aufgabe der Praxisleitung ist es, die Qualitätspolitik der Praxis in Form eines Leitbildes als Verpflichtung für alle Ärzte und Mitarbeiter festzulegen. Diese „politische“ Ausrichtung der Praxis muss dann in regelmäßigen Zeitabständen überprüft und abhängig vom Ergebnis verändert werden.

Das Leitbild beschreibt die nach innen (Mitarbeiterorientierung) und außen (Patientenorientierung) gerichteten Ziele der Praxis.

Die Ziele sollten in wenigen und verständlichen Sätzen formuliert und schriftlich fixiert werden.

Nach den Forderungen der DIN EN ISO 9001:2000 soll das Leitbild den Mitarbeitern nicht nur vermittelt werden. Es ist zudem sicherzustellen, dass es auch verstanden wird. Eine der besten Maßnahmen dazu ist die gemeinsame Entwicklung des Praxisleitbildes.





Hier ist **Teamwork** von (QM-)Anfang an gefragt!

Ein weiterer Zweck des Praxisleitbildes liegt im Praxismarketing. Es sollte **positiv** beschreiben, was das Profil der Praxis ausmacht, wodurch sie sich von anderen unterscheidet oder abheben möchte. Dann wird das Leitbild zum weiteren Praxiserfolg beitragen.

Das Schwierigste bei der Entwicklung des Praxisleitbildes ist erfahrungsgemäß der Anfang. Daher haben wir einen „Leitbildbaukasten“ entwickelt, den Sie im Anhang unter Punkt 1 zu diesem Lehrbrief finden. Er kann als Hilfestellung bei der Erarbeitung eines individuellen Praxisleitbildes dienen.

1.3 Selbstbewertung

Eine der ersten Tätigkeiten des Qualitätsmanagements ist immer die Selbstbewertung - eine „IST-Analyse“, bei der die Leistungsfähigkeit der Praxis überprüft und Verbesserungspotential entdeckt werden soll. Die Selbstbewertung dient in erster Linie dazu, Ziele für das Praxis-Qualitätsmanagement zu formulieren.



Dabei sollten folgende Fragen gemeinsam im Team geklärt werden:

- „Warum führen wir das Projekt durch?“
Mögliche Antwort: „Wir wollen die Praxis und deren Abläufe optimieren!“
- „Welches Ergebnis soll vordergründig erzielt werden?“
Mögliche Antwort: „Wir wollen konkrete, messbare Ziele formulieren können!“
- „Wie sollen Projektverlauf und Arbeitsergebnisse dokumentiert werden?“
Mögliche Antwort: „In Form eines Protokolls und zugehöriger Dokumente; darin werden die einzelnen Schritte und deren Ergebnisse strukturiert festgehalten.“
- „Welche Maßnahmen und Instrumente sind voraussichtlich notwendig?“
Mögliche Antwort: „Zeitmessungen, Strichlisten, Dokumentationen, Auswertungen.“
- „Welche Sachmittel werden benötigt?“
Die Durchführung der Selbstbewertung kann in der Regel mit praxiseigenen Sachmitteln erfolgen. Falls vorhanden, kann jedoch für die Entwicklung der Analyseunterlagen, deren Auswertung und die Dokumentation eine Software (Textverarbeitung und/oder Tabellenkalkulation) erforderlich werden.



- „Wer ist für die Durchführung des Projektes verantwortlich?“
Sofern schon eine QMB (Qualitätsmanagementbeauftragte) benannt ist, sollte sie mit der Durchführung beauftragt werden.
- „Wird Unterstützung benötigt? Wenn ja, welche und durch wen?“
Die Projektleitung benötigt im gesamten Projektverlauf die Unterstützung durch die Praxisleitung. Vielfach werden Entscheidungen benötigt, die zeitnah erfolgen müssen. Manchmal kann auch eine Unterstützung durch externe Berater sinnvoll sein.
- „Mit wem sollte das Projekt gemeinsam bearbeitet werden?“
In größeren Praxen empfiehlt es sich, eine Projektgruppe einzusetzen. Kooperiert die Praxis mit anderen (Praxisgemeinschaft, Netz) sollten die Partner mit einbezogen werden.
- „Welchen Arbeitsaufwand wird das Projekt voraussichtlich erfordern?“
Eine möglichst genaue, tendenziell eher großzügige Schätzung des Aufwandes für Gruppensitzungen, Koordination, Schreibarbeiten und Projektleitung erspart demotivierende Überraschungen.
- „Wann soll das Projekt beginnen / beendet sein?“
Ein konkreter Starttermin ist unbedingt erforderlich. Ebenso ein Zieldatum, zu dem die Selbstbewertung abgeschlossen sein soll.

Da bis Ende des Jahres 2007 von allen Praxen eine erste Selbstbewertung durchgeführt werden muss, werden wir Ihnen mit dem 3. Lehrbrief dieser Reihe eine Art „Erste Hilfe“ in Sachen QM leisten. Der Lehrbrief wird als kommentierte Checkliste und Fragebogen gestaltet. Damit werden Sie die erforderliche Bewertung leicht und unkompliziert durchführen können.



1.4 Ziele

Kaum eine Praxis ist bereits perfekt, daher wird bei der Selbstbewertung in den meisten Fällen herauskommen, dass Verbesserungspotential vorhanden ist. Daraus können nun konkrete QM-Ziele entwickelt werden, die letztendlich den Motor für den ständigen Verbesserungsprozess bilden.

„Der Langsamste, der sein Ziel nicht aus den Augen verliert, geht immer noch schneller als der, der ohne Ziel herumirrt.“

(Lessing)



Dabei sollten „gute“ Ziele fünf Kriterien aufweisen, damit die Chance steigt, dass sie auch tatsächlich verwirklicht werden. Die **SMART-Formel** beschreibt sie:

- S** – spezifisch-konkret (präzise und eindeutig formuliert)
- M** – messbar (quantitativ oder qualitativ)
- A** – attraktiv (positiv formuliert, motivierend)
- R** – realistisch (das Ziel muss erreichbar sein)
- T** – terminiert (bis wann...?)



Spezifisch-konkret bedeutet, klar auszudrücken, worum es geht. Unterschiedliche Zielvorstellungen müssen benannt, diskutiert und gelöst werden, weil ungeklärte Zielkonflikte andernfalls im Tagesgeschäft immer wieder „hochkommen“.

Messbar heißt, Ziele so zu formulieren, dass später objektiv erkennbar ist, ob sie erreicht wurden oder nicht.

Attraktiv sind Zielformulierungen, die den beabsichtigten Endzustand beschreiben, so als ob er bereits eingetreten wäre. Das hat eine höhere Motivationswirkung als negative Zielbeschreibungen.

Realistisch formulierte Ziele können Sie durch Ihr Verhalten aktiv beeinflussen. Setzen Sie sich keine unerreichbaren Ziele, das demotiviert. Setzen Sie sich aber unbedingt anspruchsvolle Ziele, die Sie zu Höchstleistungen beflügeln.

Terminiert bedeutet, bereits bei der Formulierung der Ziele festzulegen, zu welchem Zeitpunkt sie erreicht werden sollen.

Also nicht: „Wir wollen, dass die Patienten mit uns zufrieden sind und versuchen daher, nach Möglichkeit künftig keine langen Wartezeiten mehr zu verursachen!“

Besser wäre: „Erheblicher Störfaktor für die Patientenzufriedenheit in unserer Praxis sind unsere oft langen Wartezeiten von derzeit meist mehr als 45 Minuten. Die werden wir bis Ende Juni 2008 durch eine verbesserte Terminplanung auf durchschnittlich 15 Minuten reduziert haben.“



Auch hier gilt selbstverständlich das Prinzip der Schriftlichkeit. Die QM-Ziele der Praxis müssen klar dokumentiert werden:

- „Was wollen wir erreichen?“
Das allein reicht aber nicht, denn das Ergebnis kommt nicht von selbst. Es muss in der Dokumentation noch eine weitere Frage beantwortet werden:



- „Wie wollen wir es erreichen?“
Also nicht nur das Ziel, sondern auch die zur Erreichung geplanten Maßnahmen müssen schriftlich festgehalten werden, ebenso das geplante Zieldatum.
- „Wann wollen wir es erreichen?“
Wie bereits bei der Planung der Selbstbewertung gilt es, festzuhalten:
 - „Wer soll bei der Umsetzung der Maßnahmen welche Aufgaben übernehmen?“
 - „Wer übernimmt welche Verantwortlichkeiten?“
 - „Wer kontrolliert die Zwischenergebnisse?“

Je klarer und offensiver diese Fragen gestellt werden, um so eher werden sich die beteiligten Mitarbeiter der Praxis der Bedeutung und Wichtigkeit ihrer Tätigkeit zur Zielerreichung bewusst und erkennen, was jeder einzelne zur Erreichung der Qualitätsziele beitragen kann.

1.5 Überprüfung / Messung / Indikatoren

Unabdingbar beim Qualitätsmanagement ist, dass nicht nur Ziele gesetzt werden. Es müssen außerdem die Durchführung der dazu ergriffenen Maßnahmen und die Erreichung der Ziele überprüft werden. Das ist, wie Sie sich vielleicht erinnern (Lehrbrief 1 - QM), auch eine Forderung des GBA-Beschlusses.



Bis Ende 2010 müssen Sie demnach mindestens eine weitere Selbstbewertung vornehmen, bei der die erste Selbstbewertung von Ende 2007 und die daraus entwickelten Ziele berücksichtigt werden.

Welche Ziele wurden erreicht? Wie haben sich die Wartezeiten verändert? Wie hat sich das Stimmungsbild der Patienten bei den Umfragen verändert? Welche Fehler und Beschwerden haben nachgelassen?



Wurde die Qualität verbessert, und wurden die selbstgenannten Ziele erreicht? Dies sollte gemessen und anhand von Daten und Fakten belegt werden können.

Eine solche Messung gehört zum Qualitätsmanagement dazu. Wenn Sie messbare Ziele gesetzt haben, wird es auch keine Schwierigkeiten geben, eine solche Messung vorzunehmen.

Zu einigen Zielen gehören unbedingt Indikatoren; Maßstäbe, die eine Vergleichsmessung ermöglichen und die regelmäßig ermittelt werden müssen. Das können sein:



- Ergebnisse aus regelmäßigen Patientenbefragungen
- Anzahl / Art der Beschwerden
- Wartezeiten der Patienten
- Zuweiserstatistik
- Altersverteilung der Patienten
- Fallzahlen / Fallwert
- OP-Auslastung
- Arbeitszeit
- Umsatz / Kosten
- Personalbestand / -Fluktuation / -Fehlzeiten usw..



Im medizinischen Bereich sind Indikatoren zum Beispiel Richtlinien und allgemein gültige Standards des Untersuchungs- und Behandlungsablaufes. Diese werden meistens durch die Fachgesellschaften festgelegt. Als Maßstab für den erreichten Qualitätserfüllungsgrad der Praxis dienen auch gesetzliche Vorgaben, wie bestimmte Normen, Gesetze und Verordnungen (Arbeitsschutzgesetz, Hygieneverordnung, Medizinproduktgesetz).

2. Werkzeuge für das Qualitätsmanagement

Es gibt eine Reihe von typischen QM-Werkzeugen, die zur Problemerkennung, Fehleranalyse und Messung der Qualität dienen, bzw. die Durchführung von QM-Maßnahmen und deren Dokumentation erleichtern. Sie helfen Zusammenhänge zu erkennen, Ideen zu produzieren oder Abläufe, Verhalten etc. zu beschreiben und festzulegen.

2.1 Strichliste

Eine Strichliste, Fehlersammelliste oder auch Datensammelblatt genannt, ist ein im Qualitätsmanagement gebräuchliches Werkzeug. Es erleichtert die Erfassung von Daten auf einfache Weise in einer übersichtlichen Form.

Sie zeigt meist schnell ein klares Bild von Häufungen und Gesetzmäßigkeiten auf und bildet oft die wichtigste Grundlage für Auswertungen und Analysen.

Die Verwendung einer Strichliste bietet sich bei der Ist-Analyse und zur Durchführungs- und Qualitätskontrolle an (z. B. im Bereich Terminplanung, entstandene Wartezeiten, Anzahl Notfälle etc.).



Eine Vorlage für eine Strichliste (Strichliste „IGeL-Aktivitäten Anmeldung“) finden Sie unter Punkt 3 im Anhang.



2.2 Checklisten



Die Checkliste ist ein typisches Werkzeug des Qualitätsmanagements, das jedoch auch in vielen Praxen ohne QM bereits eine wichtige Rolle spielt.

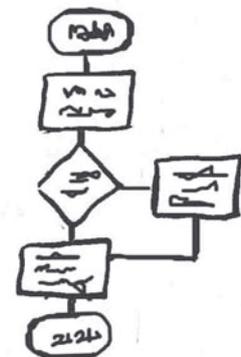
Es sind Fragenkataloge, die ausfüll- oder ankreuzbare Felder enthalten. Sie werden bei **komplexen** und/oder **immer wiederkehrenden Fragestellungen und Aufgaben** eingesetzt. Sie dienen zur einmaligen, regelmäßigen oder sporadischen Überprüfung in kürzeren oder größeren Abständen. Es können aber auch für wiederkehrende Abläufe und vermeintliche Schwachstellen über Checklisten verbindliche Standards festgelegt werden, die eine vollständige bzw. vergleichbare Ausführung der Tätigkeiten garantieren

Mit ihrer Hilfe wird sichergestellt, dass alle Schwachstellen eines IST-Zustandes erkannt werden.

Ein Beispiel finden Sie im Anhang unter Punkt 4 (Checkliste Kontrolle Notfallausstattung).

2.3 Flussdiagramm

Das Flussdiagramm, auch Flow-Chart genannt, ist für viele eines der zentralen QM-Werkzeuge. Mit ihm lassen sich komplizierte Abläufe mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Aufgaben grafisch so darstellen, dass deren **Struktur verdeutlicht und transparent** wird. Mit Hilfe eines Flussdiagramms sollte ein Dritter auf einen Blick erkennen können, welche Prozessschritte in welcher Reihenfolge ablaufen, wo Entscheidungen erfolgen, wer jeweils zuständig ist und welche Dokumente in welchem Schritt entstehen, bzw. Gültigkeit haben.



Flussdiagramme von Hand zu zeichnen ist mühsam. Es gibt Schablonen, doch einfacher ist es, sie per EDV zu erstellen. Dafür existieren spezielle Programme, doch auch gängige Office Programme¹ und Standardprogramme wie MS-WORD oder EXCEL bieten die nötigen Symbole zur komfortablen Erstellung von Flussdiagrammen.

In den Symbolen (oder darunter, daneben) wird jeweils eingetragen, um welchen Schritt, welche Aktion etc. es sich handelt.

Folgende Symbole werden bei Flussdiagrammen eingesetzt:

¹ z. B. kostenlos im Internet unter: <http://de.openoffice.org>



Der erste und der letzte Schritt eines Prozesses werden jeweils mit einem (Start-/Endpunkt) dargestellt.



Immer wenn es zwei Wahlmöglichkeiten gibt, an denen sich ein Prozess verzweigt, wird das mit einer Raute (Entscheidungspunkt) symbolisiert.



Eine Tätigkeit, eine Teilaktion wird dargestellt durch ein Rechteck (Prozessschritt).



Endet eine Verzweigung eines Flussdiagramms in einem neuen Prozess oder wird das Diagramm auf einem weiteren Blatt fortgesetzt, wird dafür als Zeichen ein Kreis (Fortsetzung bzw. neuer/anderer Prozess) verwendet.



Ein angeschnittenes Rechteck (Dokument/Schriftstück) verweist auf eine schriftliche Unterlage, die diesen Prozess begleitet bzw. Bestandteil ist.

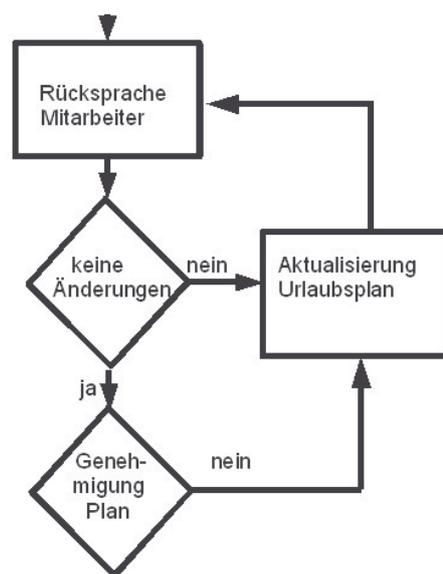


Gibt es einen Verantwortlichen für einen Prozessschritt, dann wird sein Name oder die Funktion bzw. ein Kürzel dafür im Randbereich in einem Fünfeck mit Spitze nach unten (zuständig) eingetragen.

Der Prozess wird im Flussdiagramm immer von oben nach unten dargestellt. Der Normalablauf sollte dabei direkt nach unten geführt werden. Ausnahmen sollten nach rechts verzweigen. Dazu muss manchmal negativ formuliert werden. In unserem Beispiel (einem Auszug aus einem Flow-Chart zur Urlaubsplanung) - nicht „Änderung“ sondern „keine Änderung“.

Auf den ersten Blick erscheinen Flussdiagramme als kompliziert und unsinnig. Hat man jedoch erst einmal selber eines erstellt, wird schnell erkannt, dass allein bei der Entwicklung dieser grafischen Prozessbeschreibung die Abläufe von einem anderen Blickwinkel aus betrachtet werden. Manche Fehlermöglichkeit erscheint dann auf einmal klar und deutlich, die vorher aus Gründen der Selbstverständlichkeit („Betriebsblindheit“) gar nicht gesehen wurde.

Das Beispiel für einen Flow-Chart (Flussdiagramm Kontrolle Notfallkoffer) finden Sie im Anhang unter Punkt 7.



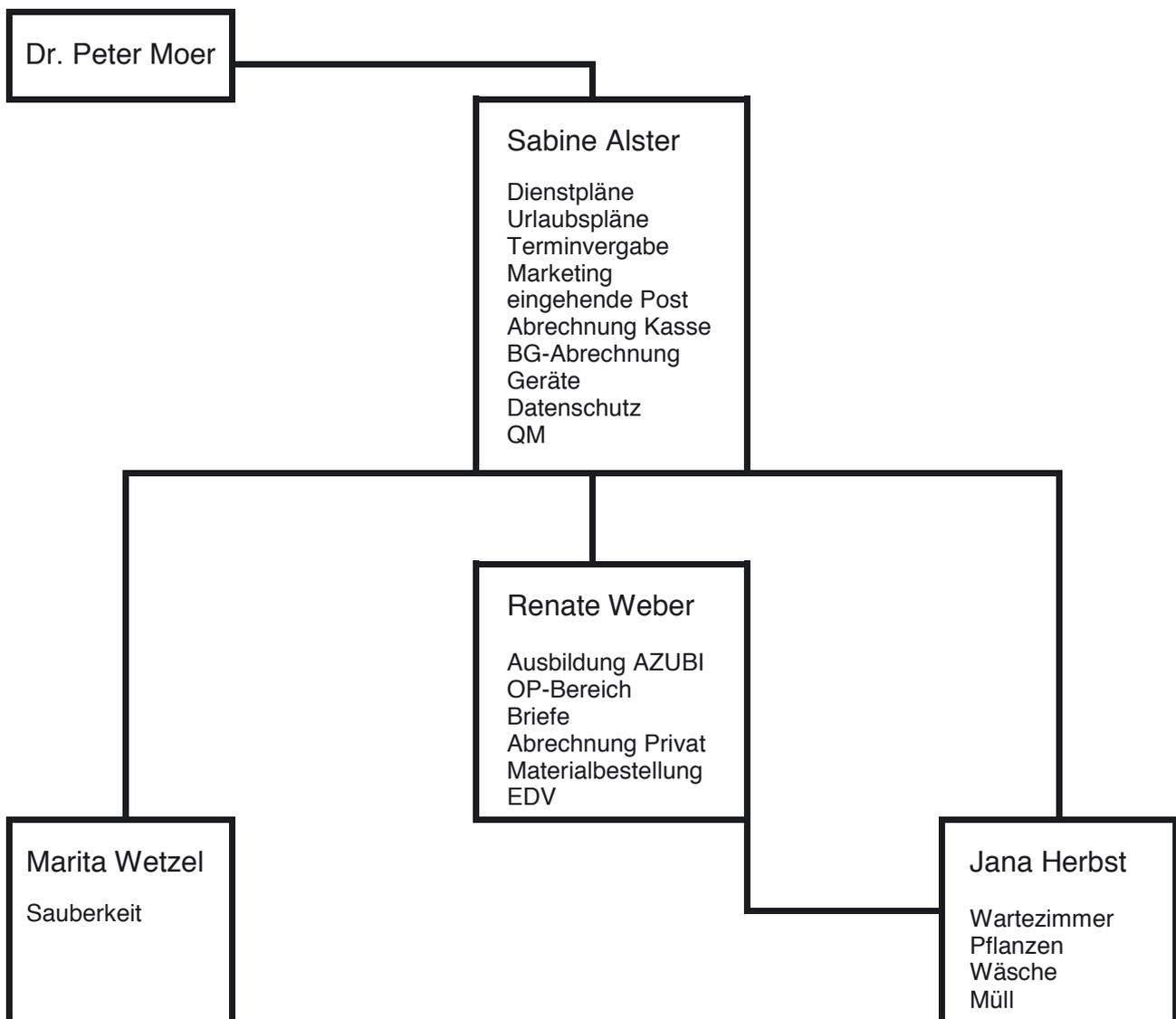


2.4 Organigramm

Das Organigramm ist eine **grafische Darstellung der Aufbauorganisation einer Praxis**. Hieraus werden die hierarchische Struktur und eventuell auch die Regelung der Zuständigkeiten ersichtlich.

Vor allem in größeren Organisationen ist ein Organigramm sinnvoll. In kleinen Praxen, in denen lediglich ein Psychotherapeut allein oder ein Arzt mit nur einer Arzthelferin arbeitet, dürfte dieses Instrument weniger hilfreich sein.

Nachfolgend ein sinnvolles Beispiel für das Organigramm einer Arztpraxis mit Weisungsberechtigung / Unterstellung / Überstellung und Zuständigkeiten:





2.5 Verfahrensanweisung

Die beiden zentralen Aspekte des QM sind das Lenken im Hinblick auf bestimmte Ziele und das Leiten und Lenken von Mitarbeitern und Ressourcen in Form von schriftlichen Anweisungen und Beschreibungen (s. Lehrbrief 1 QM). Insbesondere die Anweisungen werden für die Umsetzung der Maßnahmen und damit das Erreichen der Ziele dringend benötigt.

Wir unterscheiden dabei nach Verfahrensanweisung (VA) und Arbeitsanweisung (AA).

Die VA ist die **schriftliche Dokumentation der verbindlichen Festlegung eines logisch abgrenzbaren Teils des QM-Systems, an dem mehrere Personen / Funktionen / Abteilungen beteiligt sein können.**

Die Verfahrensanweisung ist die Beschreibung:

- wer eine Arbeit zu tun hat
- wie sie getan werden soll
- wer zuständig ist
- für wen die Anweisung gilt
- auf wen sie Auswirkung hat usw..

Das Beispiel einer VA finden Sie unter Punkt 5 im Anhang (Verfahrensanweisung Notfallmanagement).

2.6 Arbeitsanweisung

Die Arbeitsanweisung (AA) ist die **schriftliche Dokumentation der verbindlichen Festlegung eines Arbeitsablaufs einer Person an einem Arbeitsplatz.**

Stellen wir uns das gesamte QM einer Praxis als Stadt vor und die einzelnen logischen Systemteile als Häuser. Folglich ist die VA das Dach des jeweiligen Hauses (z.B. VA Hygiene) und die Arbeitsanweisungen sind die Zimmerdecken im Haus (z. B. AA Ansetzen einer Desinfektionslösung, AA Händedesinfektion usw.).





Die Arbeitsanweisung ist die Beschreibung:

- wer eine Arbeit macht
- wo sie gemacht wird
- mit welchen Hilfsmitteln
- wie oft
- in welcher Art und Weise usw..

Folgende Inhalte sollten zwischen Kopf und Fuß einer Arbeitsanweisung vorhanden sein:

- **Zweck bzw. Ziel der Anweisungen /Anwendungsbereiche**
z. B. die Sicherstellung, dass Wartezeiten den Zeitraum von 15 Minuten nicht überschreiten.
 - **Geltungsbereich**
z. B.: Mitarbeiter bzw. Ärzte, die Termine vergeben (ggf. Namen).
 - **Verantwortlicher für die Inkraftsetzung**
z. B.: Praxisleitung bzw. Arztname
 - **Zuständigkeit für die Ausführung**
z. B.: QM-Beauftragte/Name
 - **Erforderliche Vorbereitung oder Hilfsmittel**
z. B.: Terminanalyse
 - Erstellung Terminplaner
 - Festlegung Pufferzeiten
 - **Tätigkeitsbeschreibung, Inhalt und Ablauf**
z. B.: Flow-Chart
 - F 01.05.01.05 Terminvergabe*
 - AA 01.05.01.05 Terminvergabe*
 - AA 03.04.01.10 Umgang mit Konfliktsituationen*
 - AA 01.05.01.06 Benutzung des Terminplaners*

Checkliste

 - C 1.5.1.05 Terminvergabe*
- ⇒ **Die Tätigkeitsbeschreibung kann durchaus ersetzt werden durch die Bezeichnung der QM-Dokumente, in denen beschrieben ist, was zu tun ist.**
- **Erforderliche Nachbereitung**
z. B.: Überprüfung mit Checkliste *C 01.05.01.07* Nachbereitung Terminvergabe



- **Querverweise** auf Flussdiagramm, Fotos, Zeichnungen, Checklisten, Laufzettel, Formulare oder andere mitgeltende externe bzw. interne Dokumente etc.
z. B. Berufsordnung Ärzte, ÄKWL Stand 11/04
 - M 01.05.01.05 Muster Terminplaner
- **Aufzeichnungen, die aus dieser Anweisung entstehen**
- **Hinweise/Anmerkungen**



Man muss aber bei der Tätigkeitsbeschreibung nicht jede kleinste Aktivität aufführen. Insbesondere die Beschreibung derjenigen Tätigkeiten, die zu den üblichen, zu erwartenden und voraus zu setzenden Fähigkeiten oder zu den allgemeinen Kulturfertigkeiten gehören, kann man sich sparen.

Beispiel Anrufannahme:

„...Hörer abnehmen, zu Ohr und Mund führen und melden...“

Das ist eine überflüssige Beschreibung, da nahezu jeder in unserem Kulturkreis aufgewachsene Mensch weiß, wie er zu verfahren hat, wenn das Telefon klingelt.

Der Meldetext: „Gruß (Guten Morgen...), Praxisname (Kieferorthopädische Gemeinschaftspraxis Hirtenalm), Vor- und Zuname Helferin (Maria Meyer), ggf. Frage nach dem Wunsch des Anrufers (Was kann ich für Sie tun?)...“: wäre hingegen ein sinnvoller Teil der Prozessbeschreibung. Diese Meldung würde nicht zwangsläufig so erfolgen und eine Festlegung ist daher erforderlich.

Arbeitsanweisungen (AA) erscheinen manchmal übertrieben. Schriftlich vorzugeben, wie der Blutdruck zu messen ist, erscheint auf den ersten Blick vielen Arzthelferinnen banal oder gar lächerlich. Doch aus forensischen² Gründen kann es gerade bei selbstverständlichen Arbeitsprozessen sinnvoll sein, den praxistypischen Ablauf dokumentiert zu haben. Sollte es einmal zu einem Vorwurf kommen (z. B. Abrechnungsbetrug, Kunstfehler etc.), ist die Beweislage für die Praxis günstiger, wenn der Normalfall schriftlich vorgegeben ist.

AA zu einfachen Arbeitsgängen sind häufig auch sinnvoll, um damit neuen Kolleginnen oder Auszubildenden die Einarbeitung zu erleichtern und so den anderen Helferrinnen Schulungsaufwand zu ersparen.

Ein Beispiel für eine Arbeitsanweisung finden Sie unter Punkt 6 im Anhang (AA Kontrolle Notfallkoffer).

² gerichtlich, strafrechtlich

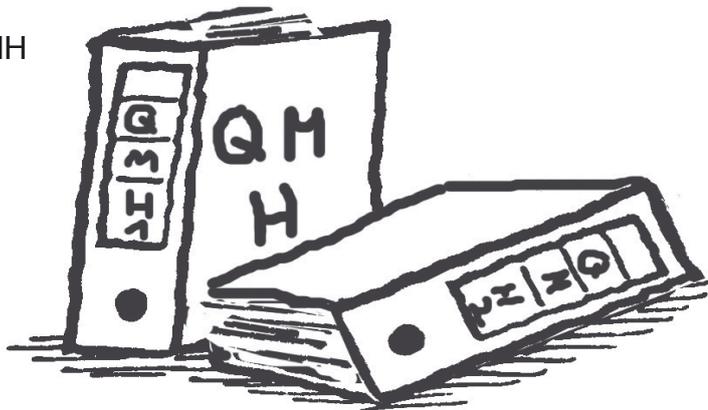


2.7 QM-Handbuch

Das formale Endprodukt eines Qualitätsmanagementsystems ist das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH). Es beinhaltet die gesamte Dokumentation des QM-Systems und gibt einen vollständigen Überblick über die Zielsetzungen, die Verantwortlichkeiten und Abläufe der Praxis. Es ist daher der wichtigste Nachweis eines funktionierenden QM-Systems.

Die typischen **Inhalte** eines QMH sind:

- Zweck und Anwendung des QMH
- Dokumentationsstruktur
 - Aufbau des QMH
 - Inhaltsverzeichnis
 - Abkürzungen
 - Aufbau der QM-Dokumente
- Informationen über die Praxis
 - Qualitätspolitik
 - Leitworte
 - Leistungsspektrum
- Qualitätsziele
 - kurz, mittel- und langfristige QM-Ziele der Praxis
 - Selbstbewertungsbogen
- Organisationsstruktur
 - Organigramm, Stellenbeschreibungen
- Ablauforganisation der Kernprozesse
 - je Kernprozess
 - VA, AA
 - Flussdiagramme
 - Checklisten
 - Protokolle, Muster
 - interne, mitgeltende Unterlagen (z. B. Bedienungsanleitungen)
 - externe, mitgeltende Unterlagen (z. B. Gesetzestexte, Leitlinien)
 Dabei reicht es meist aus, einen **Verweis** bzw. **Link** darauf in das QMH mit aufzunehmen.



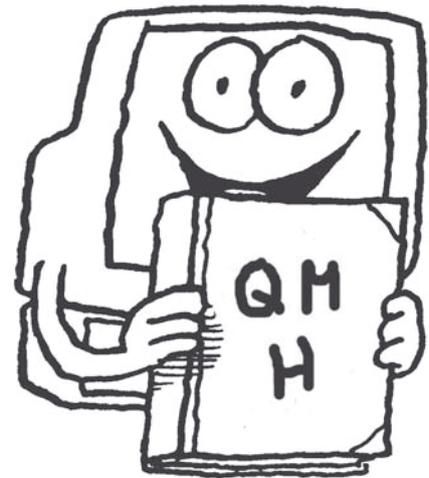
So ein QM-Handbuch ist künftig vielleicht die „Bibel“ Ihrer Praxis, in derer Zielversion alles Relevante zur Qualitätssicherung und -steigerung der Praxis zu finden ist.

Es gibt Praxen, deren Handbuch mehrere Regalmeter Ordner umfasst.



Ein gutes QM-Handbuch ist nicht nur ein Nachweis-Dokument oder eine Sammlung von Vorgaben, mit denen ein Dritter die Praxis überprüfen kann. Es ist ein echtes Werkzeug und ein wertvolles Organisations-Handbuch, mit dem gearbeitet werden kann. In dem Handbuch kann jeder - vor allem aber die Mitarbeiter der Praxis - viele Hilfen finden, die den Arbeitsalltag erleichtern. Dem QMH können neue Arzthelferinnen klare Anweisungen entnehmen, wie etwas durchzuführen oder wo etwas zu finden ist. In ihm finden sich im besten Fall eine Vielzahl von Checklisten und anderen Hilfsmitteln, die **Zeit einsparen**, **Fehler vermeiden** und die **Qualität** der Arbeit **steigern**.

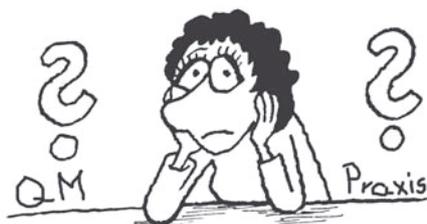
In den meisten Praxen mit einem QM werden die QMH nicht mehr manuell geführt, sondern per EDV. Häufig gibt es immer noch zusätzlich eine gedruckte Version; doch entwickelt und gepflegt wird das Handbuch mittels EDV. Änderungen lassen sich so auch wesentlich komfortabler durchführen.



Auch Verweise auf externe Dokumente (Gesetzestexte, Leitlinien etc.) lassen sich einfach per Verlinkung einrichten. Mit den meisten Programmen geht das auch für die internen Dokumente, indem sie per Hyperlink eingebunden werden. Klickt man dann auf das Wort im Inhaltsverzeichnis, öffnet das System das dazugehörige Dokument.

3. Vorgehensweise

Sofern Sie nicht schon mit der Umsetzung Ihres praxisinternen Qualitätsmanagements begonnen haben, stehen Sie vor der Wahl: umfassend oder minimal? Oder anders ausgedrückt: **QM- oder Praxisorientiert?**



Meine Erfahrung ist, dass den meisten Praxen eher mit der **praxisorientierten Lösung** gedient ist. Bei der QM-orientierten Variante ist erst einmal ein sehr großer Aufwand erforderlich, bevor erste Ergebnisse sichtbar werden.

Viele Berater empfehlen hingegen die umfassende Lösung mit dem Ziel der Zertifizierung. Allein die Vorbereitungsphase darauf dauert nicht selten 2 Jahre.

Nichtsdestotrotz wollen wir Ihnen auf der folgenden Seite die QM-orientierte Variante vorstellen.



Bei einer QM-orientierten Vorgehensweise ist folgendes zu tun:

- Leitbild entwickeln
- QM-Beauftragte bestimmen
- umfassende QM-Fortbildung für alle Mitarbeiter organisieren
- Selbstbewertung
- sämtliche Praxisbereiche und Arbeitsabläufe umfassend analysieren
- alle QM-Ziele festlegen
- Zuständigkeits- und Tätigkeitsbereiche bestimmen
- Organigramm/Stellenbeschreibungen/Arbeitsplatzbeschreibungen erstellen
- sämtliche bereits benutzten Formulare erfassen, wie z. B. Vordrucke, Laufzettel, Checklisten etc.
- Organisationsschemata festlegen
- für alle Praxisbereiche - mindestens aber für eine bestimmte Anzahl von Kernprozessen - müssen Werkzeuge entwickelt und erstellt werden. Das können je nach QM-System mind. 5 Kernprozesse sein.
 - Verfahrensanweisungen
 - Arbeitsanweisungen
 - Flussdiagramme
 - Checklisten
 - Protokolle etc.
- Dokumentenorganisation aufbauen
 - Rechtsvorschriften
 - Leitlinien
 - KV-Richtlinien
 - Bedienungsanleitungen
 - Fortbildungszertifikate usw.
- Verbesserungen durchführen
- QMH erstellen und fortlaufende Dokumentation

Nicht selten bleibt es bei dieser Vorgehensweise bei den ersten Ansätzen. Viele Praxen kapitulierten schon vor dem Wust an Arbeit, den die QM-orientierte Strategie mit sich bringt. Es tritt schnell ein massiver Motivationsverlust ein, wenn trotz der vielen Arbeit kaum Vorteile zu erkennen sind.



Gute Erfahrungen wurden dagegen mit der praxis-orientierten Vorgehensweise gemacht. Hier wird nicht gleich die gesamte Praxis analysiert und sämtliche Formulare und Arbeitsabläufe beschrieben. Bei dieser Variante wird zunächst, wie bei der QM-orientierten Variante, die Basis für das QM geschaffen. Bei dem praxisorientierten Ansatz werden dann schrittweise **einzelne Praxisbereiche** oder auch nur einzelne Prozesse analysiert und optimiert.

Wer dann noch mit den Bereichen anfängt, bei denen es in der Praxis offensichtlich „hakt“, der schafft sich schnell Erfolgserlebnisse, die zur weiteren Beschäftigung mit QM motivieren. Der nächste Praxisbereich wird dann mit mehr Engagement angegangen.

Schließlich ist nicht einzig die Analyse und Dokumentation von Prozessen und die Erstellung von Verfahrensanweisungen und dergleichen Inhalt eines QM-Systems.

Ziel ist es vielmehr, wirkliche Verbesserung und Optimierung von Strukturen sowie Praxisabläufen und damit tatsächlich mehr Qualität und Freude an der Arbeit zu erreichen.



Anhang

1. Leitbildbaukasten
2. Muster Telefonnotiz
3. Strichliste IGeL-Aktivitäten Anmeldung
4. Checkliste Kontrolle Notfallsausstattung
5. Verfahrensanweisung Notfallmanagement
6. Arbeitsanweisung Kontrolle Notfallkoffer
7. Flussdiagramm Kontrolle Notfallkoffer



1. Leitbildbaukasten

Suchen Sie sich aus den nachfolgenden Aussagen diejenigen aus, die Ihren Einstellungen entsprechen, wandeln Sie sie ggf. ab und übernehmen Sie diese in Ihr praxisindividuelles Leitbild.	
1	Im Mittelpunkt unserer Praxistätigkeit steht der Patient.
2	Wir arbeiten und handeln in erster Linie patientenorientiert.
3	Unsere Praxis steht für Qualität und Patientenorientierung.
4	Die Begeisterung unserer Patienten ist unser oberster Grundsatz.
5	Wir achten die Menschenwürde und die Persönlichkeit jedes Patienten.
6	Wir bieten unseren Patienten bestmögliche Versorgung, Behandlung und Beratung in allen Fragen der Gesundheit, der Prävention und des Wohlbefindens.
7	Für unsere Patienten streben wir eine qualitativ hochstehende (fach)ärztliche Medizin mit einem umfassenden Service an, die sich am aktuellen Stand der Leitlinien unserer Fachgesellschaft orientiert.
8	Wir sehen unsere Patienten als Kunden und Partner, für die wir ein Optimum an Angeboten schaffen, mit denen deren Gesundheit, Attraktivität und ihr Wohlbefinden gesteigert werden kann.
9	Unser Bestreben ist es, in möglichst jedem Fall den Patienten mehr zu bieten, als sie erwarten - mehr Qualität, mehr Aufmerksamkeit, mehr Interesse, mehr Service, mehr Menschlichkeit, mehr Zutrauen, mehr Vertrauen, mehr Freundlichkeit, mehr Professionalität, mehr Sicherheit, mehr Schnelligkeit, mehr Information, mehr Wohlbefinden.
10	Bei der vertragsärztlichen Versorgung achten wir die Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 Sozialgesetzbuch V (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig).
11	Unsere Vorschläge für mehr Gesundheit, Sicherheit, Attraktivität und Wohlbefinden enden nicht an den Grenzen der Gesetzlichen Krankenversicherung.
12	Sinnvolle Angebote unterbreiten wir allen unseren Patienten unabhängig von Versicherungstarif, äußeren Faktoren oder sozialem Status.
13	Mit unseren Patienten, mit Praxispartnern, Zulieferern, Pharmavertretern und in unserem Team pflegen wir einen fairen und verantwortungsvollen Umgang.
14	Die Belange unserer Patienten bekommen unsere volle Aufmerksamkeit.
15	Wir schaffen ein angstfreies und vertrauensvolles Umfeld für unsere Patienten.
16	Unsere Praxis ist ein medizinischer Dienstleistungsbetrieb, der nach ethischen, ergonomischen und ökonomischen Grundsätzen geführt wird, um ein Höchstmaß an Erfolg für alle Beteiligten zu erreichen.
17	Das Wohlbefinden unserer Patienten in unserer Praxis, ihre Begeisterung in Bezug auf unser Verhalten, und die erzielten Erfolge, gehören zu unseren selbstverständlichen Zielen, wie der ökonomische Erfolg unserer Arbeit.
18	Wir stehen zu unserem ökonomischen Ziel, einer betriebswirtschaftlich erfolgreichen Praxis, orientieren uns bei unseren Vorschlägen aber zunächst immer am Wohl des Patienten.
19	Im Kern unserer Arbeit steht die Zusammenarbeit des Praxisteam untereinander und mit den Patienten, um durch Freude, Verantwortlichkeit und Professionalität eine permanente Verbesserung unseres Qualitätsniveaus zu erreichen.
20	Unsere Gesundheitsdienstleistungen werden nach aktuellen medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung der Lebensqualität unserer Patienten erbracht.
21	Wir praktizieren eine moderne, nachhaltige, am Patienteninteresse ausgerichtete Medizin.
22	Wir betreuen, behandeln und beraten individuell Menschen aller Altersgruppen, von Säuglingen, über Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Schwangere bis zu älteren Menschen mit ihren körperlichen, seelischen und sozialen Problemen.



Suchen Sie sich aus den nachfolgenden Aussagen diejenigen aus, die Ihren Einstellungen entsprechen, wandeln Sie sie ggf. ab und übernehmen Sie diese in Ihr praxisindividuelles Leitbild.	
23	Wir begleiten unsere Patienten durch alle Lebensabschnitte und vermitteln Sicherheit und Vertrauen durch eine individuell angepasste, moderne, ideologiefreie Medizin.
24	Durch permanente Schulung und Weiterentwicklung aller Mitarbeiter in allen Bereichen stellen wir sicher, dass wir den Ansprüchen unserer Patienten jederzeit mehr als gerecht werden können.
25	Jeder unserer Mitarbeiter erhöht durch seine persönliche Leistung und sein Engagement permanent das Qualitätsniveau unserer Tätigkeit.
26	Diskretion und Schweigepflicht stellen eine wichtige Basis des Vertrauens dar und werden zu jeder Zeit von uns gewährleistet.
27	Unsere Ziele sind begeisterte Patienten, höchst motivierte Mitarbeiter und ökonomischer Erfolg durch einen hohen Nutzen für unsere Gesellschaft.
28	Professionalität, Zuverlässigkeit und Freundlichkeit sind für uns selbstverständliche, permanent anzustrebende Eigenschaften.
29	Wir sind offen, geradlinig, ehrlich und konsequent.
30	Unser Verhalten ist untereinander und gegenüber unseren Patienten einheitlich.
31	Wir arbeiten als Team, in dem jeder mit seiner Tätigkeit zum Gesamterfolg der Praxis beiträgt.
32	Miteinander gehen wir offen, ehrlich, höflich und respektvoll um. Gegenseitige Toleranz, Respekt, und Wertschätzung sind dabei die Grundlagen.
33	Führungsgrundsätze der Praxisleitung sind Transparenz, Offenheit und Menschlichkeit.
34	Die Praxisleitung unterstützt die Mitarbeiter und überträgt neben der Verantwortung auch größtmögliche Entscheidungskompetenz.
35	Fehler begreifen wir als Chance zur Verbesserung, dokumentieren daher jeden erkannten und suchen gemeinsam nach Lösungen, ihn künftig zu vermeiden.
36	Jeder Mitarbeiter ist Repräsentant der Praxis und handelt danach in und außerhalb der Praxis.
37	Das persönliche Auftreten, die gewählte Sprache, das Verhalten gegenüber Patienten, sonstigen Besuchern und Praxispartnern orientieren sich am perfekten Eindruck.
38	Jeder ist in seinen jeweiligen Arbeits- und Zuständigkeitsbereichen selbstverantwortlich.
39	Permanente Ausbildung und kontinuierliche Verbesserung sind fester Bestandteil unserer Praxispolitik.
40	Eine kontinuierliche Weiterbildung ist eine der Grundlagen unserer Qualität.
41	Unser Anspruch ist, zu den Besten zu gehören.
42	Sämtliche qualitätsrelevanten Praxisprozesse werden durchgängig geplant, gesteuert, überwacht und ständig verbessert. Ziel ist es, die Anforderungen unserer Patienten unter Berücksichtigung der Richtlinien unserer Fachgesellschaften und sonstigen Vorschriften permanent zu erfüllen.
43	Die permanente Qualitätsverbesserung des Eindrucks, des Verhaltens, der Arbeit, der Organisation und der Abläufe ist ein zentrales Praxisziel.
44	Die Qualitätspolitik unserer Praxis wird im gesamten Team jährlich diskutiert und überprüft. Dabei werden auch die Ansichten unserer Patienten und unserer Geschäftspartner mit einbezogen.
45	Mit unseren Ressourcen gehen wir sorgsam, ökologisch und ökonomisch verantwortungsvoll um.



2. Muster Telefonnotiz

	Muster Telefonnotiz	M 01.01.04.04
--	------------------------	---------------

© Lamers Praxisberatung 2007

Telefonnotiz

Datum		Uhrzeit	
Name (wenn bekannt)			
Weitere Identifikationsdaten (wenn nicht bekannt)	Ort		
	Straße		
	Geburtsdatum		
eventuell Anamnesedaten	Schmerzen		
	Blutungen		
	Fieber		
	Medikamente		
	sonstiges		
Stimmung des Patienten			
Worum geht es?			
Wie wichtig?			
Was ist zugesagt worden?		✓ Datum	
		Uhrzeit	
		Zeichen	
Was ist zu veranlassen?		✓ Datum	
		Uhrzeit	
		Zeichen	

Verteiler:				
------------	--	--	--	--

Ersteller:		Datum:		Dateiname / Pfad:	
Freigegeben durch:		Datum:		Version:	Seite: 1/1



4. Checkliste Kontrolle Notfallausstattung

	Checkliste Kontrolle Notfallausstattung	C 01.07.02.01
--	--	---------------

© Lamers Praxisberatung 2007

Medikamentenfach	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
Adrenalin (Suprarenin)					
Tavegil					
Theophyllin					
NaCl, 10 ml					
Cortison, 250 mg					
Cortison, 1000 mg					
Deckelseite	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
Braunülen-Pflaster					
Sterile Wundverbände					
Mullbinden, schmal					
Pflaster, 5 cm breit, Rolle					
Venenverweilkanülen, blau / 0,9 mm					
Venenverweilkanülen, grün / 1,3 mm					
Venenverweilkanülen, orange / 2,0 mm					
Butterfly, blau / 0,6 mm					
Butterfly, grün / 0,8 mm					
Spritze, 2 ml					
Spritze, 5 ml					
Spritze, 10 ml					

Verteiler:				
------------	--	--	--	--

Ersteller:		Datum:		Dateiname / Pfad:	
Freigegeben durch:		Datum:		Version:	1.0
				Seite:	1/3



	Checkliste Kontrolle Notfallsausrüstung	C 01.07.02.01
--	--	---------------

© Lamers Praxisberatung 2007

Bodenseite	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
in Wiederverschlussbeutel:					
Endotrachealtubus Größe 7,5					
Endotrachealtubus Größe 6,5					
Endotrachealtubus Größe 5,0					
Endotrachealtubus Größe 4,0					
Endotrachealtubus Größe 2,5					
Führungsstab 1 1 ohne					
unten links	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
Sauerstoffflasche 0,8 l					
Sauerstoffschlauch					
Druckminderer					
unten rechts	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
Guedel Tubus Größe 000 1 1 ohne					
Guedel Tubus Größe 1 1 1 ohne					
Guedel Tubus Größe 2 1 1 ohne					
Guedel Tubus Größe 3 1 1 ohne					
Guedel Tubus Größe 4 1 1 ohne					
Verbandpäckchen, klein 3 3 10 / 2008					
Kompresse, 10 x 10 cm 10 9 10 / 2007					
Pflaster, 5 cm breit, Rolle 1 1 ohne					
Rettungsdecke (gold / silber) 2 2 ohne					

Verteiler:				
------------	--	--	--	--

Ersteller:		Datum:		Dateiname / Pfad:	
Freigegeben durch:		Datum:		Version:	1.0
				Seite:	2/3



	Checkliste Kontrolle Notfallausstattung	C 01.07.02.01
--	--	---------------

© Lamers Praxisberatung 2007

Mitte	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
Blutdruckmessgerät (in Tasche)					
Stethoskop					
blaue Tasche mit:					
Magill Zange, klein					
Laryngoskop Handgriff					
Laryngoskop Spatel # 3					
Laryngoskop Spatel # 1					
oben links	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
Sauerstoffinhalationsmaske					
Sauerstoffinhalationsbrille					
oben rechts	Soll-Menge	Ist-Menge	MHD	vorhanden	aktuelles MHD
Ambu Beutel 1 1 ohne					
Beatmungsmaske, Größe 5					
Beatmungsmaske, Größe 2					
Beatmungsmaske, Größe 3 (Kinder)					
Beatmungsmaske, Größe 2 (Kinder)					

Verteiler:				
------------	--	--	--	--

Ersteller:		Datum:		Dateiname / Pfad:			
Freigegeben durch:		Datum:		Version:	1.0	Seite:	3/3



5. Verfahrensanweisung Notfallmanagement

	Verfahrensanweisung Notfallmanagement	VA 01.07.01
--	--	-------------

© Lamers Praxisberatung 2007

Ziel der Anweisung:	Ziel dieser Verfahrensanweisung ist es - Notfallpatienten in der Praxis zu erkennen und deren Versorgung unverzüglich einzuleiten, - sämtliche relevanten Sachverhalte im Zusammenhang mit der Behandlung von Notfallpatienten zu dokumentieren - den ordnungsgemäßen Zustand der Notfalleinrichtung durch regelmäßige Kontrollen sicherzustellen
Geltungsbereich:	Gesamte Praxis
Verantwortlicher für die Inkraftsetzung:	Praxisleitung
Zuständig für die Ausführung:	Praxisteam

Inhalt
<p>Alle Mitarbeiter der Praxis sind in der Lage, Notfallpatienten schnellstmöglich zu identifizieren und die notwendige Behandlung einzuleiten. Das wird durch eine Grundausbildung in Erster Hilfe sowie durch regelmäßige Fortbildungen, Checklisten und Vordrucke dieses QM-Handbuches sichergestellt.</p> <p>Es werden einheitliche Regeln für die Dokumentation der Behandlung von Notfallpatienten festgelegt. Alle Mitarbeiter der Praxis sind sich über die Notwendigkeit der Dokumentation und die vorgegebene Durchführungsrichtlinie bewusst und sind in der Lage sie anzuwenden.</p> <p>Es werden einheitlich geltende Regeln für den Umgang mit der Notfalleinrichtung insbesondere für die Kontrolle der Ausstattung festgelegt. Die Durchführung der Kontrollen wird dokumentiert.</p>

Mitgeltende, interne Dokumente	Arbeitsanweisung AA 01.07.01.01 Identifikation Notfall Arbeitsanweisung AA 01.07.01.02 Dokumentation Notfall Arbeitsanweisung AA 01.07.02.01 Kontrolle Notfalkoffer Checkliste C 01.07.02.01 Mitarbeiterfortbildung Notfall Checkliste C 01.07.01.01 Bewusstsein Checkliste C 01.07.01.02 Atmung Checkliste C 01.07.01.03 Kreislauf, Checkliste C 01.07.01.04 Gefäßverschluss Checkliste C 01.07.01.05 Verletzung Checkliste C 01.07.01.06 Stromunfälle Checkliste C 01.07.03.01 Dokumentation Notfall Checkliste C 01.07.02.01 Kontrolle Notfalleinrichtung Flow-Chart F 01.07.01.01 Identifikation Notfall Flow-Chart F 01.07.03.02 Dokumentation Notfall Flow-Chart F 01.07.02.01 Kontrolle Notfalkoffer Dokumentation P 01.07.02.01 Kontrolle Notfalkoffer Muster M M 01.07.01.01 Meldeschema
--------------------------------	---

Verteiler:				
------------	--	--	--	--

Ersteller:	Datum:	Dateiname / Pfad:	
Freigegeben durch:	Datum:	Version:	Seite: 1/1



6. Arbeitsanweisung Kontrolle Notfallkoffer

	Arbeitsanweisung Kontrolle Notfallkoffer	AA 01.07.02.01
--	---	----------------

© Lamers Praxisberatung 2007

Ziel der Anweisung:	Regelmäßige Kontrolle des Notfallkoffers sicherstellen und die Durchführung kontrollieren
Geltungsbereich:	Gesamte Praxis
Verantwortlicher für die Inkraftsetzung:	(Name Praxisleitung)
Zuständig für die Ausführung:	(Name Mitarbeiter)

Inhalt	
<p>Unsere Regeln für die Kontrolle des Notfallkoffers:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Notfallkoffer wird grundsätzlich im Raum gelagert Der Notfallkoffer ist regelmäßig und nach jeder Benutzung zu kontrollieren. Bei der Kontrolle des Notfallkoffers sind einheitliche Regeln zu beachten. Bei der Kontrolle sind jeweils die bereits abgelaufenen und bis zum nächsten Kontrolltermin ablaufenden Materialien zu entnehmen. Das abgelaufene Material ist zu entsorgen. Fehlendes bzw. entnommenes Material ist nachzufüllen. Das in naher Zukunft ablaufende Material kann in anderen, stärker frequentierten Praxisbereichen, aufgebraucht werden. Die Kontrolle ist auf der Checkliste zu dokumentieren und die Durchführung der Kontrolle in der Dokumentation P 01.07.02.01. Die MHD (Mindesthaltbarkeitsdaten) sind in der Vorlage Checkliste zu aktualisieren. Die verwendeten Dokumente sind ordnungsgemäß zu archivieren. Der Feuerlöscher ist gemäß DIN spätestens alle 2 Jahre durch eine Fachfirma zu überprüfen. Die Durchführung wird in der Dokumentation P 01.07.02.01 überwacht. Falls durch die Fachfirma Prüfprotokolle angefertigt werden, so sind diese mit den anderen Dokumenten der Notfallsausstattung ordnungsgemäß zu archivieren. 	
Kontrollintervalle: jeweils zum 30.06 und 31.12 jeden Jahres	

Mitgeltende, interne Dokumente	Verfahrensweisung VA 01.07.01 Notfallmanagement Flow-Chart F 01.07.02.01 Kontrolle Notfallkoffer Dokumentation P 01.07.02.01 Kontrolle Notfallkoffer Checkliste C 01.07.02.01 Kontrolle Notfallkoffer
--------------------------------	--

Verteiler:				
------------	--	--	--	--

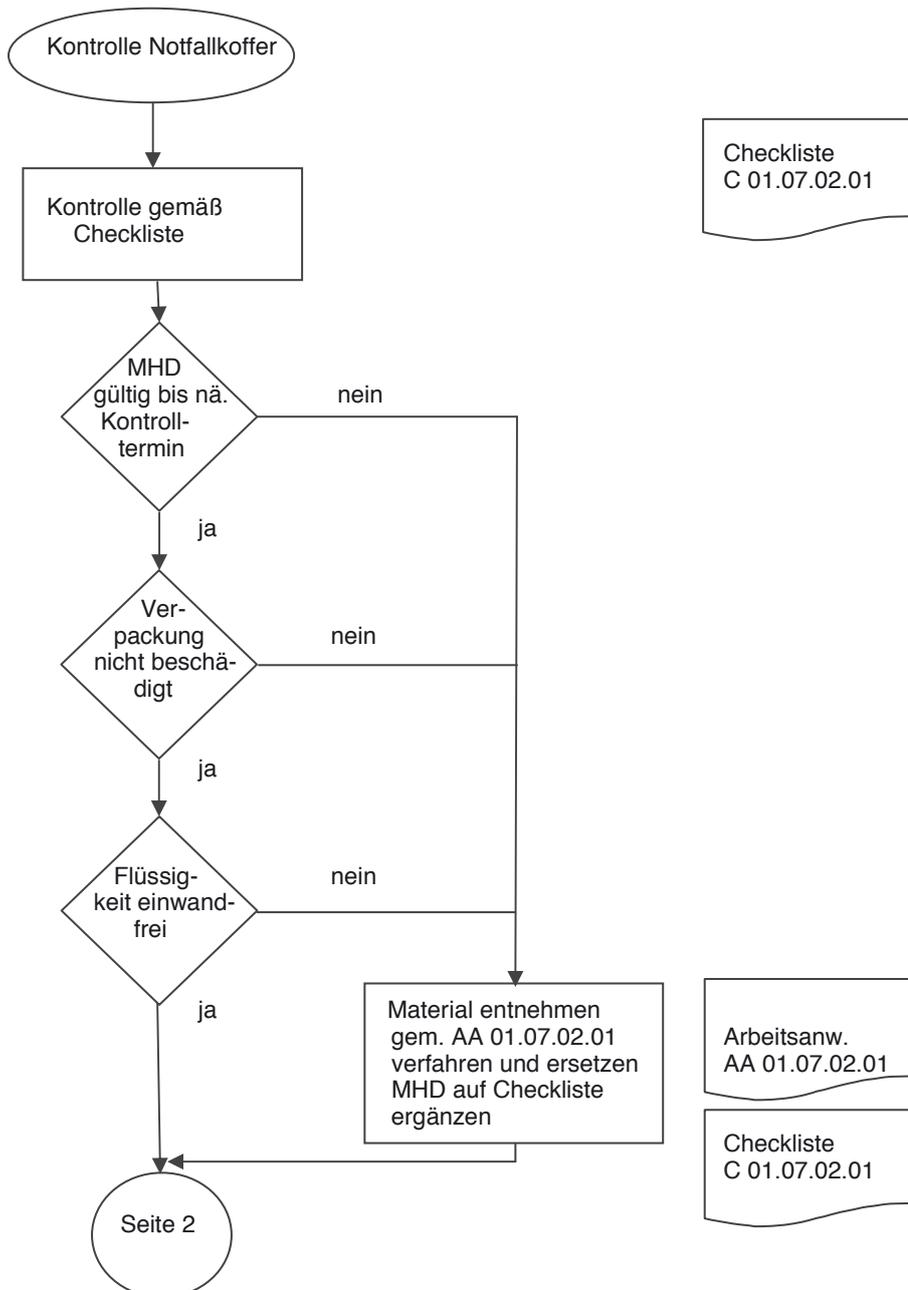
Ersteller:		Datum:		Dateiname / Pfad:			
Freigegeben durch:		Datum:		Version:		Seite:	1/1



7. Flussdiagramm Kontrolle Notfallkoffer

	Flussdiagramm Kontrolle Notfallkoffer	C 01.07.02.01
--	--	---------------

© Lamers Praxisberatung 2007



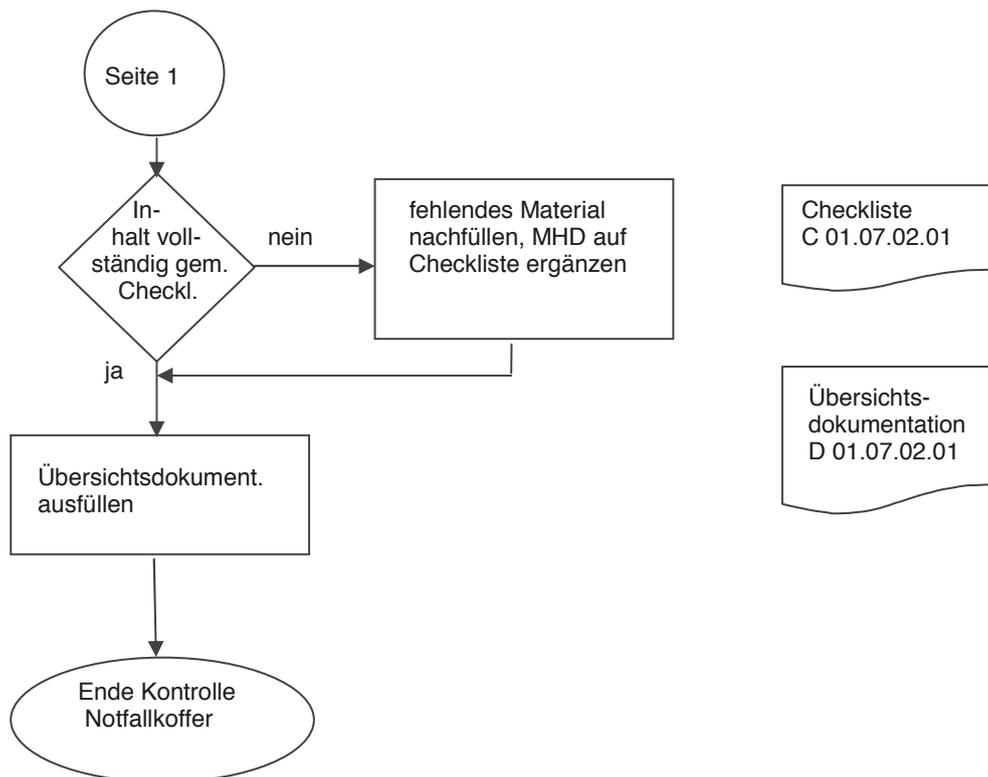
Verteiler:				
------------	--	--	--	--

Ersteller:		Datum:		Dateiname / Pfad:	
Freigegeben durch:		Datum:		Version:	Seite: 1/2



	Flussdiagramm Kontrolle Notfallkoffer	C 01.07.02.01
--	--	---------------

© Lamers Praxisberatung 2007



Verteiler:				
------------	--	--	--	--

Ersteller:		Datum:		Dateiname / Pfad:	
Freigegeben durch:		Datum:		Version:	
				Seite:	2/2

Lernkontrolle Lehrbrief QM 2



Rück-Fax an (04 61) 3 15 59 57

z. H. Frau Katja Backen, Q-Pharm AG

Bitte den Bogen mit einem schwarzen Stift ausfüllen!



Nachname, Vorname Praxis Dr. med. ... PLZ Ort Telefonnummer

Erreichte Punktzahl von insgesamt
_____ / 37 Punkten

1. Ergänzen Sie den nachfolgenden Satz: _____/3

Dokumentation ist nicht alles, aber

2. Was gehört in den Kopf sämtlicher QM-Dokumente? -Bitte ankreuzen- _____/4

- Praxisname
- Datum
- Bezeichnung
- Identifikations- / Ordnungsnummer
- Anschrift

3. Wie nennt man die „politische Ausrichtung“ einer Arztpraxis? -Bitte ankreuzen- _____/3

- Qualitätsziel
- PDCA
- Leitbild
- Leitlinie

4. Wer führt die Selbstbewertung durch? -Bitte ankreuzen- _____/3

- der Arzt und seine Mitarbeiter
- die KV
- externe Auditoren
- der Steuerberater

5. Führen Sie bitte die fünf Kriterien eines „guten“ Qualitätszieles auf: _____/6

S =
M =
A =
R =
T =



Rück-Fax an (04 61) 3 15 59 57

z. H. Frau Katja Backen, Q-Pharm AG

Bitte den Bogen mit einem schwarzen Stift ausfüllen!



Nachname, Vorname Praxis Dr. med. ... PLZ Ort Telefonnummer

6. Was versteht man unter einem Indikator? -Bitte ankreuzen- ___/3

- Differenz zum Qualitätsziel
- Maßstab für eine Vergleichsmessung
- Vorgabe für eine Teambesprechung
- Gerät zur Messung von Farbunterschieden

7. Was bedeutet das Symbol:  in einem Flussdiagramm? -Bitte ankreuzen- ___/3

- Prozessschritt
- Dokument
- Verantwortlicher
- Entscheidungspunkt
- Tätigkeit

8. Welche Information findet sich in einem Organigramm? -Bitte ankreuzen- ___/5

- wer wem unterstellt ist
- wer wie viel verdient
- wer wofür zuständig ist
- wer schon lange in der Praxis arbeitet
- wer die Praxis leitet

9. Was ist in Bezug auf Verfahrensanweisungen (VA) richtig? -Bitte ankreuzen- ___/4

- VA und AA sind identisch
- VA beschreiben, wer beteiligt ist
- VA beschreiben genau, wer etwas, wie zu tun hat
- VA beschreiben, wer zuständig ist

10. Wo ist festgelegt, wer eine Arbeit, wo, mit welchen Hilfsmitteln, wie oft, in welcher Art und Weise durchzuführen hat? -Bitte ankreuzen- ___/3

- Arbeitsanweisung
- Verfahrensanweisung
- Checkliste
- Leitbild
- Organigramm