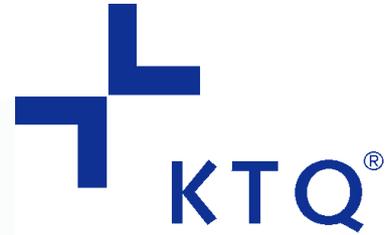




**PATHOLOGIE MÜNCHEN-NORD**  
FUNK | DETTMAR | KARIMI | POREMBA  
ERNST-PLATZ-STR. 2 | 80992 MÜNCHEN



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog für Pathologien

<b>Praxis:</b>	Pathologie München-Nord
<b>Betriebsstättennummer:</b>	634702300
<b>Anschrift:</b>	Ernst-Platz-Str. 2 80992 München
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2022-0004 Patho-Prax
<b>durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	18.01.2022
<b>bis:</b>	17.01.2025
<b>Zertifiziert seit:</b>	18.01.2010

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ® .....	3
Vorwort der Einrichtung.....	5
Die KTQ-Kriterien .....	6

## Vorwort der KTQ®

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

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten.

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifisch entwickelten Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- das Unternehmensführung,
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich die Praxis zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch einen KTQ-Visitor® eine externe Prüfung der Praxis – die sogenannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte vom KTQ-Visitor® gezielt hinterfragt und durch Begehungen überprüft.

Wir freuen uns, dass die Pathologie München-Nord mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

**PD Dr. med. Peter Bobbert**

Für die Bundesärztekammer

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Sie erfahren auf den nächsten Seiten alles Wissenswerte über die Pathologie München-Nord, eine Gemeinschaftspraxis von Dr. med. Armin Funk, Dr. med. Peer Dettmar, Prof. Dr. med. Christopher Poremba, Dr. med. Diana Karimi und Dr. med. Claudius Faber.

Im separaten Dokument „Strukturdaten“ erhalten Sie Auskunft über allgemeine Merkmale unserer Praxis, unser für Sie bereit stehendes Leistungsspektrum und unsere personelle und technische Ausstattung. Sie erhalten außerdem Einblicke in unsere Praxis, indem wir anhand der Kriterien der "Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH" (KTQ) unsere Qualitätsansprüche vorstellen. Die Gemeinschaftspraxis für Pathologie besteht bereits seit 1978, im Mai 2009 sind wir in neue moderne Praxisräume umgezogen. 2018 wurden über 100.000 Fälle in der Histologie und über 45.000 Fälle in der Zytologie untersucht. Diagnostische Schwerpunkte liegen in der gastrointestinalen Pathologie, der Gynäkopathologie/Mammopathologie und der Uropathologie. Besondere Kenntnisse und Zertifikationen besitzen wir für Zytopathologie, Dermatohistologie, Hämatopathologie und in der Oralpathologie.

Im Großraum München (bis über die Grenzen Oberbayerns) wird das Untersuchungsmaterial bei unseren Einsendern abgeholt und zügig über einen eigenen Fahrdienst in unsere Praxis gebracht.

Wenn Sie zu dem Qualitätsbericht oder unserem Leistungsangebot Fragen haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung! Für Hinweise, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge wären wir Ihnen dankbar.

Sie erreichen uns telefonisch unter 089 127 37 40, per Fax 089 127 37 474 und per E-Mail an [info@pathologie-muenchen.de](mailto:info@pathologie-muenchen.de).

# Die KTQ-Kriterien

## 1.1 Untersuchungs- und Befundbearbeitungszeit von Histologie und Zytologie

Für den überwiegenden Teil unserer Kunden spielt die Bearbeitungszeit eine sehr große Rolle. Diesen Anforderungen werden wir gerecht. Trotz dieser raschen Bearbeitungszeit steht die qualitativ hochwertige Arbeit und exakte Beurteilung der Schnitte / Präparate primär im Mittelpunkt unserer Qualitätsansprüche.

## 1.2 Orientierungshilfen und Erreichbarkeit der Praxis

Das Sekretariat ist Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 18:00 Uhr per Telefon (089 127374 0), Fax (089 127374 74) oder E-Mail ([info@pathologie-muenchen.de](mailto:info@pathologie-muenchen.de)) erreichbar. Die befundenden Pathologen stehen Montag bis Freitag für telefonische Rückfragen in der Zeit zwischen 8:00 und 19:00 Uhr stets zu Ihrer Verfügung. Arbeitszeiten im Labor sind Montag bis Freitag von 6:00 bis mindestens 17:00 Uhr. Die Praxis hat das ganze Jahr über geöffnet.

## 1.3 Organisation des Probeneinganges

Es existieren ausführliche Verfahrensanweisungen, die alle Abläufe des Probeneingangs bis zur Materialbearbeitung regeln. Die Mitarbeiter des Labors arbeiten in verschiedenen Schichten, so dass bis 17:00 Uhr eingehendes Untersuchungsmaterial inklusive Schnellschnitte bearbeitet werden kann.

## 1.4 Makroskopische Beschreibung und Präparateherstellung

Die makroskopische Beschreibung und der Zuschnitt von OP-Präparaten und größeren Materialproben erfolgt nach festgelegten Standards für die einzelnen Organe. Kleine Gewebeprobe werden auch von speziell angelerntem medizinisch-technischen Personal beschrieben. Um die Einheitlichkeit und Vollständigkeit der Befunde zu gewährleisten und die Bearbeitungszeit zu reduzieren, wird bei der Diktaterstellung auch mit Textbausteinen gearbeitet.

## 1.5 Erstellung von histologischen und zytologischen Diagnosen

Bei der Erstellung von histologischen und zytologischen Diagnosen werden evidenzbasierte Leitlinien und die jeweils aktuelle TNM-Klassifikation als Grundlage verwendet. Auf klinische Fragestellungen wird explizit eingegangen. Eine Bearbeitungszeit von 24 Stunden wird für alle diagnostischen Gewebeentnahmen angestrebt. Bei der Erstdiagnose bösartiger Neoplasien erfolgt eine Doppelbefundung durch mindestens zwei Fachärzte. Referenzpathologische Gutachten werden bei differenzialdiagnostisch schwierigen Fällen, für Studien und auf Wunsch von unseren Einsendern eingeholt.

## 1.6 Befundübermittlung von histologischen, zytologischen und Obduktionsbefunden

Auf Wunsch der Einsender erhalten diese den Befund direkt nach der Freigabe aus dem Befundserver per Brief, Fax oder gesicherter elektronischer Datenübertragung. Alle unsere Einsender können entscheiden, ob sie den Befund zusätzlich noch auf dem Postweg zugesandt bekommen wollen. Bei hoher Dringlichkeit wird bei karzinomverdächtigen Fällen kleinerer Gewebeprobe, die bis 11:00 Uhr unser Labor erreichen, noch am gleichen Tag der Befund erstellt.

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

Als neuer Einsender erhalten Sie ein "Starterpaket", welches aus einheitlichen Untersuchungsanträgen (diese enthalten auch die Information über die Fixierung des Untersuchungsmaterials), Probengefäßen, allgemeinen Informationen und einem Formular zur Versandmaterial-Anforderung besteht. Außerdem kann auf der Homepage ([www.pathologie-muenchen.de](http://www.pathologie-muenchen.de)) auf alle relevanten Formulare und Informationen zugegriffen werden. Über persönliche Kommunikation sowie Rundbriefe werden die Einsender über Veränderungen in der Praxis informiert.

## 1.8 Durchführung von Obduktionen und deren Demonstration

Obduktionen finden im Krankenhaus Erding und Pfaffenhofen in den dort zur Verfügung stehenden Sektionsräumen statt. Sie werden nach gültigem Standard durchgeführt, spezielle Fragestellungen werden berücksichtigt und die Untersuchungsergebnisse im Allgemeinen den Klinikern demonstriert. Es existiert ein Zeitziel für die Befunderstellung, welches aber mit geringerer Priorität versehen ist, da nach der Maxime "Lebende haben Vorrang vor den Toten" verfahren wird. Eine Sektionsstatistik wird erstellt und der Landesärztekammer übermittelt.

## 2.1 Leitbild

Die Mitarbeiter waren bei der Erstellung des Leitbildes der Gemeinschaftspraxis beteiligt. Die Qualität der pathologischen Diagnostik für weitere Therapieentscheidungen steht im Mittelpunkt der Anstrengungen aller Mitarbeiter. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Fortbildung des Personals gelegt.

## 2.2 Entwicklung der Zielplanung

In der Gemeinschaftspraxis gibt es im Leitbild verankerte Ziele hinsichtlich der hohen Qualität der Untersuchungsbefunde und hinsichtlich der raschen Bearbeitungszeit. Um diese Ziele zu überprüfen, werden Jahresstatistiken durchgeführt. Außerdem ist der gelebte Führungsstil weitestgehend kooperativ. Bei der Personalauswahl wird mit Augenmerk auf die gewünschte Befundqualität selbstverständlich auf die Bewerberqualifikation großer Wert gelegt.

## 2.3 Festlegung der Organisationsstruktur

Die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind klar in einem Organigramm geregelt (z.B. Sicherheits-, QM-, Datenschutzbeauftragte). Die Delegation der Zuständigkeiten und Verantwortung spiegelt auch die Wertschätzung und das Vertrauen in die Mitarbeiter wider. Durch den vergrößerten Verantwortungsbereich und durch täglich praktizierte Rotation im Laborbereich soll außerdem einer Arbeitsmonotonie vorgebeugt und eine Bereicherung der Arbeit erreicht werden.

## 2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Der Teamgedanke bei der täglichen Arbeit wird hoch geschätzt. Zahlreiche gemeinsame Aktivitäten (z.B. Betriebsausflüge, Weihnachtsfeier) fördern zudem das gute Betriebsklima. Der mitarbeiterorientierte Führungsstil zeigt sich in der größtmöglichen Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen und der Delegation von Verantwortung und Zuständigkeiten, welche auch der Mitarbeiterzufriedenheit und deren Wertschätzung dienen. Wünsche und Anregungen der Mitarbeiter werden hoch geschätzt. Dazu dienen auch die regelmäßigen Mitarbeiter- und Teamgespräche.

## 2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Für den wirtschaftlichen Fortbestand der Praxis und damit den Erhalt der etwa 90 Arbeitsplätze ist ein sorgfältiger Einsatz der Ressourcen unumgänglich. Alle Mitarbeiter achten auf ressourcenschonende Arbeit und kostengünstige Materialbeschaffung (Mengenvorteile). Unser Motto ist "alles was notwendig und sinnvoll ist" und nicht "alles was machbar ist". Im Vordergrund steht dabei die Anschaffung von Geräten, welche die Qualität der Befunderstellung weiter verbessern oder dem Wohl der Mitarbeiter dienen. Dabei werden wir von Experten beraten.

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

Die Verantwortung für die Beschaffung der Labormaterialien ist an Mitarbeiter des Labors delegiert und wird zusammen mit dem Praxismanagement vorgenommen. Die Mitarbeiter sind über Mindestbestimmungen und evtl. Mengenrabatte informiert. Darüber hinaus tragen alle Mitarbeiter den von ihnen festgestellten Bedarf zusätzlich in ein Bestellbuch ein. In der EDV und in Papierform sind feste Bezugsquellen dokumentiert.

## 2.7 Umweltschutz

Bei der Beschaffung, im Praxisalltag und bei der Entsorgung werden ökologische Anforderungen besonders berücksichtigt. Die Relevanz ist allen Mitarbeitern bewusst, da auch mit potenziell schädlichen Stoffen (z.B. Formalin und Xylol) gearbeitet wird. Beim Umgang mit diesen Stoffen wird besonders auf Ressourcenschonung geachtet. Die Ver- und Entsorgung erfolgt durch zertifizierte Firmen. Es existieren Betriebsanweisungen, die den Umgang mit potenziell schädlichen Stoffen regeln.

## 2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen/ Praxisgemeinschaften

Ärztliches Personal ist für die Einsender zwischen 8:00 und 19:00 Uhr erreichbar. In der Diagnostik gibt es eine wöchentliche Rotation, für spezielle Fragen gibt es einen ärztlichen Ansprechpartner. Die kaufmännischen, personellen und technischen Aufgaben der Praxis sind unter den Praxisinhabern aufgeteilt. Dazu findet ein wöchentlicher Austausch und eine gemeinsame Entscheidungsfindung statt. In regelmäßiger Beratung mit den leitenden Mitarbeitern werden anstehende Fragen geklärt und Entscheidungen mitgeteilt.

## 2.9 Information der Praxisleitung

Aufgrund der intensiven und engen Zusammenarbeit des gesamten Teams der Gemeinschaftspraxis sind die Kommunikationswege sehr kurz. Das offene, konstruktive und freundschaftliche Arbeitsklima trägt ebenfalls dazu bei, dass die Praxisleitung stets über alle Abläufe, und vor allem etwaige Unregelmäßigkeiten, informiert wird. Mitarbeitergespräche und Kontakte mit den Einsendern dienen als zusätzliche Informationsquellen, um hohe Qualitätsstandards zu halten und die Zufriedenheit aller Anspruchsgruppen sicherzustellen.

## 2.10 Soziale Kompetenzen/ Ethik

in freundlicher Umgang untereinander und beim Kontakt mit Einsendern oder Patienten ist für alle Mitarbeiter selbstverständlich. Beim Umgang mit Gewebeproben und Operationspräparaten wird die Würde des Patienten stets respektiert. Die Schweigepflicht aller Mitarbeiter ist integraler Bestandteil des Arbeitsverhältnisses.

## 3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Die Anzahl und die Qualifikation des Personals in allen Bereichen der Praxis entspricht den jeweiligen Anforderungen bzw. vorhandenen Richtlinien. Neue Mitarbeiter werden nach "Schnupper-Arbeitstagen" in Rücksprache mit dem ganzen Team ausgewählt. Für die sorgfältige Einarbeitung fühlen sich alle Kollegen verantwortlich. Fort- und Weiterbildungsangebote in den verschiedenen Bereichen werden genutzt und deren Teilnahme durch Freistellung und Kostenübernahme durch die Praxisleitung gefördert.

## 3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Alle Mitarbeiter werden nach ihren Qualifikationen und Fähigkeiten nach sorgfältiger Einarbeitung eingesetzt. Mitarbeiter können zusätzliche Aufgabengebiete und Verantwortlichkeiten nach Eignung und entsprechender Fortbildung übernehmen.

## 3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Die Mitarbeiter werden über die angebotenen fachlichen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in ihren Aufgabenbereichen informiert. Zusätzlich können die Mitarbeiter auch eigene Vorschläge zu Möglichkeiten ihrer weiteren Qualifizierung einbringen. Die Praxisleitung ermöglicht jedem an den entsprechenden Veranstaltungen teilzunehmen. Darüber hinaus finden interne Schulungen zur Qualitätssicherung statt (z.B. im Rahmen der Sicherheitsinstruktion).

### 3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Auf kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller Ärzte wird großer Wert gelegt. Zahlreiche abonnierte Fachzeitschriften und die Anschaffung neuer Literatur sind tägliche Fortbildungsmöglichkeiten. Symposien und Kongresse werden jährlich besucht. Die Ärzte sind Mitglieder in sechs Arbeitsgruppen des Tumorzentrums. Außerdem erfolgt jährlich die Teilnahme an Qualitätszirkeln und den Ringversuchen der Pathologieverbände, sowie an wöchentlichen Konferenzen verschiedener Organzentren.

### 3.5 Ausbildung/ Praktikum

Auszubildenden zum Medizinisch-Technischen Laboratoriumsassistenten (MTLA) werden Praktika ermöglicht. Die Länge der Praktika beträgt ca. 10 Wochen. Derzeit schicken mehrere Berufsfachschulen (BFS) durchschnittlich sechs Schüler pro Jahr zur praktischen Ausbildung in unsere Gemeinschaftspraxis.

### 3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Arbeitspläne für Ärzte, Labor- und Büromitarbeiter sind festgelegt. Im Labor-, Büro- und Ärzteteam z.T. gleitende Arbeitszeiten, um die lange Präsenzzeit der Praxis zu gewährleisten. Bei Bedarf werden Überstunden erbracht, die zu meist mit den Mitarbeitern im Vorfeld abgesprochen werden. Die Überstunden werden dem jeweiligen Zeitkonto gut geschrieben und mit Freizeit ausgeglichen oder vergütet.

### 3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einarbeitung von Mitarbeitern im Laborbereich erfolgt mit Hilfe von einem Einarbeitungsplan in Form einer Checkliste. Mit dem neuen Mitarbeiter werden Einarbeitungsgespräche geführt. Die existierenden Verfahrensanweisungen dienen neuen Mitarbeitern als Hilfestellung während ihrer Einarbeitungsphase. Unterstützung erfahren sie von allen Kollegen, fixe Ansprechpartner sind die Leitungen der einzelnen Bereiche.

### 3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Ein Unternehmen ist nur so gut wie seine Mitarbeiter. Der TEAMGEDANKE wird in unserer Praxis groß geschrieben. Deshalb liegt uns sehr daran, die Ideen und Anliegen unserer Mitarbeiter zu erfahren und ihre Arbeitszufriedenheit zu fördern. Gelegenheiten dazu bieten sich bei regelmäßigen Teambesprechungen, Mitarbeitergesprächen und durch Mitarbeiterbefragungen.

## 4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Alle Mitarbeiter der Gemeinschaftspraxis erhalten jährlich eine Unterweisung über die Maßnahmen zum Arbeitsschutz. Jährliche Begehungen durch externe Hygiene- und Sicherheitsbeauftragte machen auf Neuregelungen und Veränderungen aufmerksam. Technische Voraussetzungen des Arbeiterschutzes (Augen-, Notfallduschen, Schutzkleidung, usw.) sind vorhanden. In gefährdeten Bereichen werden Schwangere grundsätzlich nicht eingesetzt.

## 4.2 Verfahren zum Brandschutz

Die gesamte Praxis ist nach einem Brandschutzkonzept erstellt worden. Neben den baulichen Voraussetzungen sind sämtliche Flucht- und Rettungswege gekennzeichnet. Eine ausreichende und überprüfte Anzahl an Feuerlöschern und Löschdecken ist vorhanden.

## 4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Labor befindet sich ein Erste-Hilfe-Schrank für dessen Vollständigkeit und Ausstattung die Sicherheitsbeauftragten zuständig und verantwortlich sind. Zudem befinden sich in den Laboren Augen- und Notfallduschen. In jedem Be-

reich ist ein entsprechend ausgebildeter Ersthelfer benannt. Alle Verletzungen und Unfälle werden in einem Buch dokumentiert.

#### 4.4 Hygiene in der Praxis

Neben unserem Betriebsarzt haben wir auch einen Hygienebeauftragten. Zur Prüfung findet eine jährliche Begehung des Hygienebeauftragten gemeinsam mit dem Verantwortlichen für Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin und Brandschutz statt. Hygienepläne hängen an entsprechenden Orten aus.

#### 4.5 Umgang mit Labordiagnostika, -chemikalien und Antikörpern

Alle Lösungsmittel und Reagenzien sind ordnungsgemäß gekennzeichnet und gelagert. Die Sicherheitsdatenblätter zu den Gefahrstoffen sind für alle Mitarbeiter zugänglich archiviert. Tagesmengen sind in entsprechenden Sicherheits-schränken im Labor untergebracht. Die Lagerung größerer Mengen erfolgt in explosionsgeschützten und abgesaugten Kellerräumen.

#### 4.6 Absicherung der Praxisräume

Die Eingangstüren der Gemeinschaftspraxis sind mit Sicherheitsschlössern ausgerüstet, deren Schlüssel vor Vervielfältigung geschützt sind. Nur befugte Mitarbeiter erhalten gegen Unterschrift ein Exemplar des Schlüssels. Die Eingangstür ist zusätzlich elektronisch geschützt. Die Anmeldung erfolgt über Klingel und Mikrofon. Die zuletzt das Haus verlassenden Mitarbeiter überprüfen noch einmal den sicheren Verschluss.

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

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

#### 5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Die Schweigepflicht über Patientendaten ist Bestandteil der Arbeitsverträge. Auskünfte am Telefon erfolgen ausschließlich durch Ärzte. Das EDV-System ist professionell gegen den Zugriff Dritter geschützt. Ein Datenschutzbeauftragter trägt Sorge für die Aktualisierung und Einhaltung der Datenschutzbestimmungen. Das System ist unter ständiger Kontrolle durch den Datenschutzbeauftragten.

#### 5.3 Einsicht von Patientendaten

Alle Patienten können das Einsichtsrecht ihrer persönlichen Daten nach Rücksprache mit dem Arzt wahrnehmen. Auf Anforderung werden Diagnosen auch an weitere bei der Behandlung tätige Ärzte übermittelt.

#### 5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Es existiert ein speziell auf die Anforderungen der Praxis zugeschnittenes EDV-System. Neue Mitarbeiter werden in dieses Programm eingewiesen, da sie im Rahmen ihrer Arbeit damit umgehen müssen. Alle Mitarbeiter sind mit gestaffelten Zugriffsberechtigungen ausgestattet. Das EDV-System unterstützt die interne Qualitätssicherung durch automatische, namentliche Dokumentation der eingegebenen Vorgänge und durch die Ausgabe von Statistiken. Alle Daten werden systematisch und kontinuierlich von Sicherungssystemen gespeichert.

## 6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Die Pathologie stellte bereits 2008 einen Qualitätsmanagementbeauftragten ein. In jedem Bereich ist mindestens ein Mitarbeiter intensiv in das Qualitätsmanagement eingebunden. Im Rahmen von Kooperationen mit zertifizierten Organzentren wurde über viele Jahre schrittweise ein stabiles QM-System eingeführt und dieses stetig weiterentwickelt.

## 6.2 Interne Qualitätssicherung

Formen der internen Qualitätssicherung sind Begutachtung von Erstdiagnosen bösartiger Neoplasien durch mindestens zwei Fachärzte, positiven und zweifelhaften zytologischen Befunden durch mindestens zwei Ärzte und die sogenannte 5 %-Kontrolle der gynäkologischen Zytologie. Voraussetzungen sind standardisierte Verfahren in der Präparation des Untersuchungsmaterials und in den histochemischen, immunhistochemischen und zytochemischen Färbungen.

## 6.3 Externe Qualitätssicherung

Zur Gewährleistung des hohen Qualitätszieles der Befunde nimmt die Gemeinschaftspraxis an zahlreichen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung teil. Dies sind im Einzelnen Qualitätszirkel, Ringversuche, Zusammenarbeit mit Referenzzentren und Schnittseminare der IAP. Auch die Korrelationen klinischer und pathohistologischer Befunde im Rahmen der wöchentlichen Tumorkonferenzen sind qualitätssichernde Instrumente.

## 6.4 Nutzung von Befragungen

Ein enger Kontakt zu unseren Einsendern ist uns besonders wichtig und zudem ein qualitätssicherndes Instrument. Ärztliche Kontakte im Rahmen von Telefongesprächen, interdisziplinären Konferenzen und Qualitätszirkeln dienen als Möglichkeiten aktuellen Informationsaustausches. Es finden regelmäßig Mitarbeiter- und Einsenderbefragungen statt.

## 6.5 Beschwerdemanagement

Einsender haben jederzeit die Möglichkeit Beschwerden und Anregungen im Rahmen der regelmäßigen Kontakte, per Telefon, schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Diese Rückmeldungen werden als wichtiges Element der Qualitätssicherung und -verbesserung erachtet, weshalb ihnen unmittelbar Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zur künftigen Vermeidung von Beschwerdeanlässen, werden diese im Team erörtert und gemeinsam Lösungsansätze erarbeitet. Unsere Einsender haben entsprechend ihres Fachgebietes einen festen ärztlichen Ansprechpartner.