
QEP® - VISITATIONSBERICHT

QEP-Folgezertifizierung

Praxis Dr. Richter
Rüttenscheider Straße 16
45128 Essen

Dr. med. Walter Richter
Dr. med. Dietmar Schmitz
Dr. med. Kathrin Kortmann

Datum der Visitation 08.Dez..2021
Datum der Handbuchprüfung formal: 09.11.2021, inhaltlich: 17.11.2021
Visitor Dr. med. Jochen Plank

Zertifizierungsstelle MEDZERT GmbH

Telefon 06028 120714 oder 0170 7819541
Fax 06028 120715
E-Mail kd.bachmann@medzert.de
WWW www.medzert.de

Nur für den internen Gebrauch - Kopie und Vervielfältigung nur mit Zustimmung der Praxisleitung.

INHALTE DES VISITATIONSBERICHTES

1. Allgemeine Benennung der Stärken und Verbesserungspotenziale des praxisinternen QM-Systems
2. Hinweise/Kommentare des Visitors
3. Nicht erfüllte Nachweise/Indikatoren
4. Nachweise/Indikatoren für die Nacharbeit
5. Empfehlung des Visitors

VORWORT

Die Praxis Praxis Dr. Richter hat am QEP-Zertifizierungsverfahren teilgenommen. Am 08.Dez..2021 wurde die Praxisvisitation durchgeführt.

Wir danken der Praxis für das uns entgegengebrachte Vertrauen und die Offenheit, mit der uns begegnet wurde. Wir hoffen, dass der vorliegende Visitationsbericht wichtige Impulse für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beinhaltet und wünschen dem Praxisteam für die weiteren Schritte viel Erfolg.

Der vorliegende Visitationsbericht ist von dem Visitor erstellt und von der QEP-Zertifizierungsstelle geprüft und freigegeben worden.

An dieser Stelle sei vorab folgendes aufgeführt:

Auch für bewegungseingeschränkte Patienten ist die Praxis gut zu erreichen. Die Praxis ist zudem fachgerecht und ansprechend gestaltet.

Das QM nach QEP wurde kontinuierlich seit 2013 aufgebaut und auch im vorherigen Erstzertifizierungszyklus konsequent weitergeführt.

Für die Abläufe der Praxis liegen zahlreiche detaillierte Ablaufbeschreibungen und Checklisten vor. Die Organisation des QM-Systems erfolgt umfassend und fachgerecht durch die Praxisleitung.

Die von der Praxis geplanten QM-bezogenen Tätigkeiten werden zeitgerecht und regelmäßig durchgeführt und dokumentiert.

Remscheid, 11.12.2021

Dr. med. Jochen Plank

1. Allgemeine Benennung der Stärken und Verbesserungspotenziale

Stärken:

s. im folgenden Visitationsbericht

Verbesserungspotenziale:

s. im folgenden Visitationsbericht

VP=Verbesserungspotenzial

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.1.1. (1)	1	Das aktuelle Leistungsspektrum, Serviceangebote und weitere Merkmale sind schriftlich dargelegt.	Übersichtliches Infoblatt für Patienten
1.1.1. (1)	2	Die Mitarbeiter können das aktuelle Leistungsspektrum, Serviceangebote und weitere Merkmale erläutern.	Mitarbeiter sind umfangreich orientiert.
1.1.1. (1)	3	Informationen über das aktuelle Leistungsspektrum, Serviceangebote und weitere Merkmale sind den Patienten zugänglich.	Infoblatt und Darstellungen im Internet
1.1.3. (1)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zur bedarfsgerechten Terminvergabe.	Die Terminvergabe ist in der IR differenziert beschrieben.
1.1.3. (1)	2	Es ist festgelegt, in welchen Fällen und wie eine bedarfsgerechte Weiterleitung der Patienten erfolgt.	z.B. bei V.a. Lungenembolie
1.1.3. (1)	3	Es wird ein strukturiertes, dem Leistungsangebot angepasstes Terminvergabesystem eingesetzt.	Termine für unterschiedliche Untersuchungen sind jeweils farblich gekennzeichnet.
1.1.3. (1)	4	Dringlichkeit und Zeitbedarf der Versorgung sowie Sondertermine werden bei der Terminvergabe berücksichtigt.	Es werden Notfalltermine eingesetzt
1.1.3. (1)	5	Den Patienten wird die freie Arzt-/ Psychotherapeutenwahl innerhalb der Praxis/ des MVZ ermöglicht.	zwischen den Ärzten darf gewählt werden
1.1.4. (1)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zum Umgang mit telefonischen Anfragen.	Sehr gut strukturierte Handlungsanweisung für die Mitarbeiter

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.2.1. (1)	1	Bei jedem Patienten erfolgt eine an den Anlass der Konsultation angepasste strukturierte Anamneseerhebung.	Es wird u.a. ein strukturierter Laufbogen / Anamnesebogen verwendet. VP: Ein strukturierter Anamnesebogen könnte in der Praxis oder im Internet für die Patienten hinterlegt werden.
1.2.2. (1)	1	Bei jedem Patienten erfolgt eine an den Anlass angepasste, strukturierte Erhebung des körperlichen bzw. des psychischen und/ oder des psychosozialen Status.	s. Laufbogen mit späterer Erfassung in der Praxis EDV
1.2.3. (1)	1	Die Indikation für praxisinterne und externe diagnostische Maßnahmen oder Konsile wird von Ärzten/ Psychotherapeuten gestellt.	Die Indikationsstellung zur Diagnostik wird durch die Kardiologen der Praxis auf dem Laufbogen notiert.
1.2.3. (1)	4	Bei Veranlassung von weiterführenden externen diagnostischen Maßnahmen oder Konsilen ist die Verdachtsdiagnose bzw. die Fragestellung formuliert und dokumentiert.	auf dem Überweisungsformular
1.2.3. (2)	1	Für wichtige praxisinterne diagnostische Maßnahmen liegen schriftliche Ablaufbeschreibungen vor.	s. Farbeinträge z.B. für DMP KHK Zahlreiche Ablaufbeschreibungen sind im QMH abgelegt. Hier sind die Handlungsschritte u.a. mit Screenshots detailliert dargestellt.
1.2.3. (2)	2	Die diagnostischen Maßnahmen erfolgen entsprechend den Ablaufbeschreibungen.	Am Beispiel an der Auswertung Langzeit-EKG betrachtet und genau durchgeführt.
1.2.3. (2)	6	Die Ablaufbeschreibungen werden jährlich überprüft, und es wird über die Notwendigkeit daraus resultierender Anpassungen entschieden.	Wird jährlich durchgeführt. Z.B. Hygieneplan nach jährlicher Schulung
1.3.1. (1)	1	Die Indikation für therapeutische Maßnahmen wird von Ärzten/ Psychotherapeuten gestellt.	s.a. Dokument "Interne Kommunikation und Kooperation" Der Zettel bleibt aktuell bis er abgearbeitet wird.
1.3.2. (1)	2	Es ist geregelt, wie Patienten eindeutige Informationen und Verhaltensregeln zur sicheren und effektiven Einnahme bzw. Anwendung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln erhalten.	Stärke: Die Praxis stellt den Patienten selbst erstellte Handlungsinformationen zur Einnahme bestimmter Arzneimittel zur Verfügung.

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.3.2. (1)	6	Rezeptierungs-/ Verordnungsfehler werden dokumentiert.	z.B. CIRS
1.3.2. (1)	7	Rezeptierungs-/ Verordnungsfehler werden analysiert, und es wird über die Notwendigkeit daraus resultierender Maßnahmen entschieden.	im Team
1.3.3. (2)	1	Vor der Durchführung invasiv-diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen werden die Patienten angemessen vorbereitet.	z.B. Coronarangiographie und Schrittmacheroperation
1.3.3. (3)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zur sicheren Zubereitung und Verabreichung von Medikamenten.	Der Ablauf und wichtige Kontrollschritte sind gut beschrieben.
1.3.3. (3)	2	Medikamente werden vor der Zubereitung mit der dazugehörigen Verordnung abgeglichen.	z.B. bei Covid-Booster Impfung
1.3.3. (3)	4	Vor der Verabreichung von Medikamenten werden die Verordnungen oder Bestellungen und die Patientenidentität überprüft.	Beschriftung wird überprüft
1.3.3. (3)	5	Die Zubereitung und Verabreichung von Medikamenten erfolgt durch qualifizierte und autorisierte Personen.	s.a. Dokument "Tropfgeschwindigkeit für Infusion"
1.3.4. (1)	1	Es gibt eine Checkliste mit Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten.	liegt vor, einschließlich einer Abbildung der Schmerzlokalisierung bei Angina pectoris
1.3.4. (1)	2	Es gibt einen schriftlichen Notfallplan, der die Verantwortlichkeiten und Abläufe zur Versorgung von Notfallpatienten regelt.	Ablauf verständlich beschrieben.

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.3.4. (1)	3	Das Team wird in geplanten Abständen geschult, Notfallpatienten zu erkennen und unverzüglich zu versorgen.	Stärke: Notfallschulung in der Praxis mit eigener Reanimationspuppe
1.3.4. (2)	1	Es gibt eine für die durchgeführten Leistungen angemessene, vollständige und funktionsfähige Notfallsausrüstung.	Die Notfallsausrüstung ist in der Praxis gut erreichbar.
1.3.4. (2)	2	Es gibt eine Liste aller erforderlichen Notfallinstrumente und Medikamente.	im QMH abgelegt
1.3.4. (2)	4	Intervalle für Funktions-/ Vollständigkeitsprüfungen und Wartungen sind festgelegt und die Prüfungen sind dokumentiert.	ausgefüllte Liste Intervall 3 Monate
1.3.4. (2)	5	Verantwortliche Mitarbeiter für die Überprüfung der Notfallsausrüstung sind benannt.	Verantwortliche Mitarbeiter im Dokument aufgeführt.
1.3.5. (1)	1	Für häufig auftretende oder schwere, komplexe Erkrankungen/ Beschwerdebilder/ Leistungen liegen Behandlungspfade mit Ablaufbeschreibungen vor.	s. z.B. Kap. 1.3.5(1) Behandlungspfad Statintherapie
1.3.6. (1)	1	In der Praxis/ dem MVZ werden verständliche Informationsmaterialien zu Krankheitsbildern, deren Prävention, Diagnostik, Behandlung und Bewältigung angeboten.	Stärke: Auf der Internetseite der Praxis werden z.B. Informationen zu Arzneimitteltherapien bereitgestellt.
1.3.6. (1)	2	Die Informationsmaterialien werden zur gezielten Information der Patienten über die Erkrankung, deren Prävention, Diagnose, Behandlung und Bewältigung eingesetzt.	z.B. über BEMP (Medikamentenplan) ggf. Ausdruck von Infomaterial aus dem Internet in der Praxis
1.3.6. (1)	3	In der Praxis/ dem MVZ werden Informationen und Kontaktdaten zu Selbsthilfekontaktstellen, Patientenorganisationen oder lokalen Beratungseinrichtungen angeboten.	Unterlagen liegen vor, weiteres wird aus dem Internet heraus ausgedruckt VP: eine feste Verlinkung auf der Homepage der Praxis zu den Selbsthilfegruppen wäre sinnvoll

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.3.7. (1)	1	Die Wiedereinbestellung von Patienten ist geregelt.	s.a. "Kap. 1.3.7(1) Gesprächspunkte zu Verlaufsbeobachtung und Sicherung des Therapieerfolges"
1.3.7. (1)	4	Die Therapie wird bei Bedarf gemeinsam mit den Patienten verändert oder angepasst.	z.B. Anpassung Amiodaron
1.3.7. (2)	1	Es werden Maßnahmen ergriffen, um die Mitwirkung der Patienten an der Behandlung zu fördern.	Darstellung dass dem ersten auch weitere Schritte folgen und Mitarbeit des Patienten entscheidend ist
1.3.7. (2)	3	Die Ärzte/ Psychotherapeuten ergreifen Maßnahmen, um die Patientenbeziehung langfristig zu erhalten.	z.B. durch DMP KHK oder Kreatininkontrollen bei best. Antikoagulantien
1.4.2. (1)	1	Es ist geregelt, wie die Überleitung von Patienten in andere Einrichtungen oder zu anderen Anbietern organisiert und vorbereitet wird.	z.B. Bypass-OP
1.4.2. (1)	3	Relevante Informationen, Befunde oder Ergebnisse werden dem Patienten mitgegeben oder der jeweiligen Einrichtung sorgfältig und zeitnah übermittelt.	Die Unterlagen werden den Patienten mitgegeben.
1.5.2. (1)	1	Es ist festgelegt, welche präventiven Leistungen selbst angeboten oder empfohlen werden.	z.B. Impfungen gg. Pneumokokken, Grippe, Covid
2.1.1. (1)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung, vor welchen Maßnahmen und in welcher Form Patienten aufgeklärt werden und wann sie schriftlich einwilligen müssen.	Maßnahme und Aufklärungsform sind in der IR dargelegt
2.1.1. (1)	2	Für die Aufklärung der Patienten werden, sofern erforderlich, verständliche Informations- und Anschauungsmaterialien eingesetzt.	Es werden Diomed oder proCompliance Bögen verwendet

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
2.1.2. (1)	1	Die persönlichen Wertvorstellungen, die religiösen Einstellungen und individuellen Besonderheiten der Patienten werden berücksichtigt.	s.a. IR Patientenorientierung
2.1.2. (1)	3	Die Bedürfnisse und Besonderheiten von Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung werden berücksichtigt.	z.B. bei tauben Patientnen mit Gesichtsvisionen sprechen, da so die Lippenbewegungen gesehen werden können
2.1.3. (1)	2	Kritische und unerwünschte Ereignisse, Fehler, Beinahe-Schäden und Schäden werden erfasst und dokumentiert.	Stärke: in der Liste Kap. 2.1.3(1) Risikoanalyse-Auswertungstabelle werden die Ereignisse und deren Bearbeitung dokumentiert
2.1.3. (1)	3	Aufgetretene kritische und unerwünschte Ereignisse, Fehler, Beinahe-Schäden und Schäden werden analysiert und Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen werden eingeleitet.	s.o. z.B. neue Farbe für Einträge in der Praxissoftware zwecks weiterer Steuerung des Patienten
2.1.3. (1)	4	Die Leitung kann ihr Vorgehen zur Reduzierung potentieller praxispezifischer Risiken, Gefahren und Fehlerquellen darlegen.	z.B. über Fehlerlenkungen
2.2.1. (1)	1	Für alle Patienten gibt es eindeutig zugeordnete Patientenakten.	Ausschließlich elektronische Patientenakte, sehr gut strukturiert
2.3.1. (1)	1	Die Mitarbeiter sind darin geschult, die Vertraulichkeit von Patientenangelegenheiten und die Wahrung der Intimsphäre zu gewährleisten.	z.B. im Labor- oder EKG-Raum werden vertrauliche Gespräche geführt.
2.3.1. (1)	2	Bei der Erhebung der Patientendaten ist eine angemessene akustische Abschirmung sichergestellt.	s.o.
2.3.1. (1)	3	In den Untersuchungs- und Behandlungsräumen ist eine angemessene optische und akustische Abschirmung sichergestellt.	Alles geschlossene Räume

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
2.3.2. (1)	2	Patientenakten und andere patientenbezogene Dokumente sind für Unbefugte nicht zugänglich.	Alle Daten in der Praxissoftware. Abgesicherte Bildschirme, Passwörter für jeden Mitarbeiter
2.3.2. (1)	5	Für alle Mitarbeiter sind Zugriffsrechte auf das EDV-System definiert.	s.a. Netzplan
2.3.2. (1)	6	Vertrauliche Informationen, Unterlagen und Daten werden gemäß den Datenschutzanforderungen vernichtet.	externer Dienst
2.3.2. (2)	2	Bei der Übermittlung von Patientendaten werden diese vor Zugriff Unbefugter geschützt.	Kopien werden den Patienten mitgegeben
2.3.2. (2)	4	Es ist geregelt, in welchen Fällen eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht von den Patienten eingeholt wird.	s. Kap. 2.3.2(2) Schweigepflicht und Datenschutz (IR)
3.1.1. (1)	1	Für das Patienten- und Arbeitsaufkommen ist eine ausreichende Anzahl an Mitarbeitern vorhanden.	Es wird ein differenzierter Einsatzplan für die Praxis umgesetzt. Alle Positionen sind mit Mitarbeitern besetzt.
3.1.1. (1)	3	Personaleinsatz und Urlaubszeiten sind geregelt.	s. Excel-Datei
3.1.1. (1)	4	Vertretungsregelungen liegen vor und Ersatzkräfte werden im Bedarfsfall bereitgestellt.	s. Excel-Datei
3.1.2. (2)	1	Die Einarbeitung erfolgt anhand eines Einarbeitungsplans.	Einarbeitungsplan im QMH

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
3.1.2. (2)	2	Für jeden neuen Mitarbeiter wird für die Einarbeitungszeit ein Ansprechpartner benannt.	Ansprechpartner wird im Einarbeitungsplan eingetragen.
3.1.2. (2)	3	In der Probezeit werden Feedbackgespräche geführt.	entsprechend der Vorlage
3.1.3. (1)	1	Der organisatorische und fachliche Austausch sowie die zeitnahe Informationsweitergabe im Team sind geregelt.	Die IR sieht monatliche Teamsitzungen vor.
3.1.3. (1)	2	Teambesprechungen werden in festgelegten Abständen und nach festgelegten Regeln durchgeführt.	Besprechung alle 4 Wochen und bei Bedarf
3.1.3. (1)	4	Ergebnisprotokolle der Teambesprechungen liegen vor und sind allen Mitarbeitern zugänglich.	u.a. im QMH Teamsitzungsprotokolle werden exemplarisch eingesehen.
3.1.3. (1)	5	Die Kenntnisnahme von schriftlichen Informationen und Protokollen durch alle Mitarbeiter ist geregelt.	Besprechungsprotokolle werden abgehakt und abgezeichnet
3.2.1. (1)	1	Der Rahmenlehrplan für Medizinische Fachangestellte und die gesetzlichen Vorgaben werden von der Leitung und dem Anleitenden berücksichtigt.	Rahmenlehrplan ist schriftlich berücksichtigt
3.2.1. (1)	2	Ein praxisspezifischer, strukturierter, schriftlicher Ausbildungsplan ist erstellt und wird eingehalten.	Der Ausbildungsplan ist QMH hinterlegt.
3.2.1. (1)	3	Für jeden Auszubildenden ist ein verantwortlicher Ansprechpartner zur qualifizierten Anleitung und Unterstützung benannt.	eine für den gesamten Zeitraum gleiche Ansprechpartnerin ist benannt

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
3.2.1. (1)	4	Anleitungs- und Feedbackgespräche werden in geplanten Abständen durchgeführt und dokumentiert.	es wird die QEP-Vorlage genutzt
3.2.2. (1)	1	Der Fortbildungsbedarf wird mindestens einmal jährlich ermittelt und schriftlich festgehalten.	Fortbildungsplan liegt vor
3.2.2. (1)	3	Informationen zu Fort- und Weiterbildungsangeboten sind für die Mitarbeiter zugänglich.	z.B. Schrittmacherhomonitoring, Herzinsuffizienz AOK Patientenumgang
4.1.2. (1)	1	Die aktuelle Organisationsstruktur ist in einem Organigramm abgebildet.	Aktuelles Organigramm im QMH
4.1.2. (1)	2	Wesentliche Aufgaben sind schriftlich aufgelistet.	s. Kap. 4.1.2(1) Verantwortlichkeitsmatrix
4.1.2. (1)	4	Es existiert eine aktuelle Liste mit Namenskürzeln oder Unterschriften aller Mitglieder des Teams.	liegt unterschrieben vor
4.2.2. (1)	4	Es liegen ein Bestandsverzeichnis für alle aktiven Medizinprodukte und Medizinproduktebücher vor, die den Anwendern der Geräte während der Arbeitszeit zugänglich sind.	Liegt im QMH vor
4.2.2. (2)	2	Es existiert ein Wartungsplan, der alle Termine für mess- und sicherheitstechnische Kontrollen für alle medizinischen Geräte enthält.	Wartungsplan im Bestandsverzeichnis integriert.
4.2.3. (2)	4	Kühlpflichtige Medikamente, Impfstoffe und Materialien werden in einem separaten Kühlschrank aufbewahrt.	z.B. Impfstoffe

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
4.2.3. (2)	5	Die Temperaturüberwachung von Kühlschränken mit kühlpflichtigen Produkten erfolgt werktäglich mit einem Minimum/Maximum-Thermometer und wird dokumentiert.	Die Kühlschranktemperatur wird mittels Datenlogger aufgezeichnet. VP: Auslesezeitpunkt des Datenloggers sollte optimiert werden
4.3.1. (1)	3	Jährliche Unterweisungen zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz werden durchgeführt und dokumentiert.	s. Liste
4.3.1. (1)	4	Die Mitarbeiter kennen die Maßnahmen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes und setzen diese eigenverantwortlich um.	bei Rückfragen wenden sich die Mitarbeiter an Leitung und Hygienebeauftragte
4.3.1. (1)	5	Aktuelle Gefährdungsbeurteilungen für alle Arbeitsplätze liegen vor.	zahlreiche differenzierte Gefährdungsbeurteilungen liegen vor
4.3.1. (5)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zum Umgang mit scharfen und spitzen Gegenständen.	s. 4315 Gemeinsames Dokument für Vorbeugung und Behandlung von Stich- und Schnittverletzungen
4.3.1. (5)	2	Jährliche Unterweisungen zu Infektionsrisiken werden durchgeführt und dokumentiert.	s. Liste
4.3.1. (5)	5	Abfälle mit Risiko für Schnitt- oder Stichverletzungen werden in stich- und bruchfesten Einwegbehältnissen gesammelt und fest verschlossen entsorgt.	z.B. im Labor
4.3.1. (6)	1	Es gibt eine aktuelle Auflistung der verwendeten Gefahrstoffe in einem Gefahrstoffverzeichnis.	jeweils aktuelles Gefahrstoffverzeichnis im QMH
4.3.1. (6)	2	Die erforderlichen Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen zu allen verwendeten Gefahrstoffen liegen vor.	z.B. Sicherheitsdatenblatt für Hautdesinfektionsmittel megroSkin

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
4.3.1. (6)	4	Regelmäßige Unterweisungen zur Gefahrstoffverordnung werden durchgeführt und dokumentiert.	Dokumentation der Unterweisung vom 10.03.21 liegt vor
4.3.1. (7)	1	Flucht- und Rettungsplan sowie der Alarmplan aus der internen Brandschutzordnung hängen an geeigneten Stellen aus.	gut sichtbar zentral an der Anmeldung
4.3.1. (7)	3	Geeignete Feuerlöscher sind in ausreichender Anzahl vorhanden und gekennzeichnet.	aktueller Wartungsvermerk
4.3.1. (7)	5	Verantwortliche Mitarbeiter für Brandbekämpfung und Evakuierung sind benannt.	Kap. 4.3.1(7) Brandschutzordnung mit Alarmplan in der Brandschutzverordnung Teil B sind die beiden Ärzte der Praxis als Brandschutzbeauftragte benannt, da jeweils einer vor Ort ist
4.3.3. (1)	1	Es gibt einen praxisintern angepassten schriftlichen Hygieneplan, der die Richtlinien, Empfehlungen und Unfallverhütungsvorschriften zur Hygiene berücksichtigt.	Hygieneplan enthält u.a. das Hautdesinfektionsmittel megroSkin® Einwirkzeit i.d.R. 15 Sekunden
4.3.3. (2)	4	Schutzkleidung steht in ausreichender Menge zur Verfügung und wird von den Mitarbeitern gemäß dem Hygieneplan benutzt.	z.B. bei der Durchführung des Covid-Schnelltests
4.3.3. (3)	1	Für die Aufbereitung von Instrumenten und Materialien liegen schriftliche Ablaufbeschreibungen vor.	In der kardiologischen Praxis gibt es nur wenige Instrumente die aufbereitet werden müssen. s. "Einteilung der zur mehrfachen Anwendung vorgesehenen Medizinprodukte in Risikogruppen"
4.5.2. (1)	1	Die Datensicherung ist geregelt.	s. Kap. 4.5.2(1) Notfallkonzept EDV ausführliche Regelungen Auch Datenrückspielen werden durchgeführt.

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
4.5.2. (1)	2	Die Verantwortlichkeiten für die Datensicherung sind festgelegt.	Verantwortlich ist die Praxisleitung
4.5.2. (1)	3	Aktuelle Sicherungskopien liegen vor und werden sicher aufbewahrt.	Sicherungskopien werden insbesondere außerhalb der Praxis gelegt
5.1.1. (1)	1	Für die Praxis/ das MVZ liegt eine schriftlich formulierte Qualitätspolitik vor.	Die im QMH hinterlegte Qualitätspolitik der Praxis schafft den Rahmen für weitergehende Maßnahmen wie Leitbild und Qualitätsziele.
5.1.2. (1)	1	Es werden jährlich messbare Qualitätsziele schriftlich festgelegt.	So ist z.B. die Quote der per SMS zu erreichenden Patienten zwecks Terminerinnerung in einem der Praxisziele definiert.
5.2.2. (1)	1	Die Patienten werden regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, strukturiert befragt.	Zuletzt in 2019 mit dem ZAP-Fragebogen
5.2.2. (1)	3	Die Befragungen werden systematisch ausgewertet und die Auswertungen sind dokumentiert.	Differenzierte Auswertung nach Themen liegt vor
5.2.2. (1)	4	Die Ergebnisse werden analysiert und gemeinsam mit dem Team werden Maßnahmen abgeleitet.	in Teambesprechungen werden Maßnahmen besprochen. Wartezeiten sind nicht weiter verbesserbar
5.2.3. (1)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung, wie mit Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen von Patienten und anderen Personen umgegangen wird.	u.a. ist auch die Rückmeldung an den Patienten bei Beschwerden geregelt.
5.2.3. (1)	2	Patienten und anderen Personen wird die Gelegenheit gegeben, Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen zu geben.	Im Internet und in der Praxis ist der Beschwerdebogen "Beschwerde_Fehler_und_Ereignisdokumentation.pdf" zum Ausfüllen für die Patienten hinterlegt.

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
5.2.3. (1)	3	Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen werden dokumentiert.	Beschwerden werden dokumentiert, bearbeitet und im System hinterlegt (Patientenakte und QM)
5.2.3. (1)	5	Beschwerden, Anregungen und Rückmeldungen werden angemessen und zeitnah beantwortet.	14 Tage sind zur Beantwortung festgelegt.
5.2.4. (1)	1	Daten aus Verfahren der externen Qualitätssicherung werden erfasst und dokumentiert.	Die Kategorien für die externe Qualitätssicherung sind schriftlich fixiert.
5.2.5. (1)	1	Die Leitung bewertet einmal jährlich das QM-System auf der Grundlage der Qualitätsziele und aller Erkenntnisse und Informationen aus Messungen, Befragungen und Internen Visitationen.	Die Checkliste zur Bewertung des QM-Systems ist im QMH abgelegt.
5.2.5. (1)	2	Die Ergebnisse der Bewertung sind dokumentiert.	jährliche Dokumentation im QMH abgelegt
5.2.6. (1)	2	Für die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen sind die Verantwortlichkeiten und Zieltermine schriftlich festgelegt.	Verbesserungsmaßnahmen z.B. aus Teamsitzungen werden terminiert.
5.2.6. (1)	3	Verbesserungsmaßnahmen finden Eingang in Routineabläufe und Interne Regelungen.	Verbesserungen werden im QM kontinuierlich in Abläufe und auch deren interne Regelungen integriert.
5.3.1. (1)	1	Der Aufbau des QM-Handbuches ist festgelegt.	s. Kap. 5.3.1(2) Regelung Umgang mit Dokumenten
5.3.1. (1)	2	Für die Erstellung und Freigabe der im QM-Handbuch abgelegten schriftlichen Internen Regelungen und Dokumente sind die Verantwortlichkeiten festgelegt.	in allen Fällen ist die Praxisleitung zuständig

2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
5.3.1. (1)	3	Das QM-Handbuch ist allen Mitarbeitern zugänglich.	auf jedem PC der Praxis
5.3.1. (1)	4	Das gesamte Team kennt und nutzt das QM-Handbuch.	davon konnte sich der Visitor multipel überzeugen
5.3.1. (2)	2	Die Freigabe durch die Verantwortlichen und das Freigabedatum sind auf den schriftlich formulierten Internen Regelungen und den weiteren Dokumenten des QM-Handbuches vermerkt.	in zahlreichen Dokumenten erkennbar

3. Nicht erfüllte Nachweise/Indikatoren

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.5.2. (1)	5	Die Inanspruchnahme von angebotenen Präventionsleistungen (Teilnahmerate) wird ausgewertet und über die Notwendigkeit daraus resultierender Konsequenzen entschieden.	ist softwarebedingt nicht möglich
5.2.6. (1)	1	Auf Grundlage der Qualitätsziele sowie der durch Messungen, Befragungen, Visitationen, Selbstbewertungen und Analysen gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse sind prioritäre Bereiche für die Qualitätsverbesserung festgelegt worden.	Im Formblatt im QMH: Kap. 5.2.6(1) Verbesserungsmaßnahmen ist eine Bewertung des QM-Systems vorgesehen. VP: Die Dokumentation bedarf hier noch der Verbesserung.

4. Nachweise/Indikatoren für die Nacharbeit

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
----------	-----	--------------------	--------------------------------

kein Eintrag vorhanden

5. Zertifizierungsempfehlung des Visitors

Die Praxis hat 262 der 264 anwendbaren Nachweise erfüllt. Die Vergabe des QEP-Zertifikates wird empfohlen.

Dr. med. Jochen Plank, den 11.12.2021