

# QEP® - VISITATIONSBERICHT

## QEP-Erstzertifizierung

Praxis Dr. Richter, Dr. Walter Richter, Marco Eifler  
Rüttenscheider Str. 16  
45128 Essen

---

Dr. Walter Richter  
Marco Eifler

Datum der Visitation 19. November 2018  
Datum der Handbuchprüfung formal: 17.07.2018, inhaltlich: 25.08.2018  
Visitor Dr. med. Jochen Plank

Zertifizierungsstelle 3cert GmbH  
Karlstr. 30  
44575 Castrop-Rauxel

Telefon 02305 947 55 0  
Fax 02305 947 55 19  
E-Mail info@3cert.de  
WWW 3cert.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 Dr. Richter, Dr. Walter Richter, Marco Eifler hat am QEP-Zertifizierungsverfahren teilgenommen. Am 19. November 2018 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 erwähnt:

Das QM nach QEP wurde kontinuierlich seit 2013 aufgebaut. Die individuellen Anforderungen der Praxis an dieses QM-System wurden umfassend und detailliert erarbeitet und in gut verständliche Interne Regelungen und Dokumente eingebracht.

Die Leitung der Praxis leitet auch das QM-System und entwickelt dies weiter. Hierdurch sind Abläufe und Strukturen der Praxis sehr gut organisiert.

Remscheid, 24.11.2018

Dr. med. Jochen Plank

VP = Verbesserungspotenzial

## 1. Allgemeine Benennung der Stärken und Verbesserungspotenziale

### Stärken:

- Insbesondere der Bereich Mitarbeiter und Arbeitsschutz wird umfangreich umgesetzt. Dabei ist von großem Vorteil, dass die Praxisleitung das "Alternative Betreuungsmodell" der BGW nutzt und der Praxisinhaber entsprechend fortgebildet ist.
- Ein Beispiel für die gute Organisation der Praxis, ist die farbliche Markierung von "für die Informationsweitergabe an die Patienten vorgesehene Inhalte in der ePatientenkartei".
- Die Praxis führt differenzierte FMEAs durch, dies ist als sehr gut zu bewerten.
- Es wird eine aktuelle "Verantwortlichkeitsmatrix" geführt, die detailliert Aufgaben und Verantwortlichkeiten aufführt und dennoch übersichtlich ist.
- Es wurde bereits ein internes Datenschutzaudit durchgeführt und dokumentiert.

### Verbesserungspotenziale:

- Es sollte ein systematisches, proaktives Risikomanagement umgesetzt werden.
- Das Copyright für die Internetdarstellung der in der Praxis befindlichen Popart-Bilder sollte nachgefragt werden.
- Die Gebrauchsinformationen z. B. zu den Desinfektionsmitteln könnten zum Hersteller im Internet verlinkt werden.
- Alternativ zum Anbruchdatum der Gebinde, z. B. Händedesinfektionsmittel, könnten auch die Ablaufdaten notiert werden.
- Es könnte noch über langfristige Datensicherungen, z. B. quartalsweise und jährlich nachgedacht werden.

## 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.	Schriftliche Darlegung im Handbuch und auf der Internetseite.
1.1.1. (1)	3	Informationen über das aktuelle Leistungsspektrum, Serviceangebote und weitere Merkmale sind den Patienten zugänglich.	Im Vorfeld können sich die Patienten anhand der gut verständlichen Ausführungen zum Leistungsspektrum im Internet erkundigen.
1.1.3. (1)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zur bedarfsgerechten Terminvergabe.	Es liegt eine sehr ausführliche Regelung zur Terminvergabe, u. a. mit Nennung möglicher Antworten auf Patientenfragen vor.
1.1.3. (1)	2	Es ist festgelegt, in welchen Fällen und wie eine bedarfsgerechte Weiterleitung der Patienten erfolgt.	z. B. Kardio-MRT Termin
1.1.4. (1)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zum Umgang mit telefonischen Anfragen.	In der IR sind u. a. die vier verwendeten Ansagetexte aufgeführt.
1.1.4. (1)	3	Patientenbezogene Auskünfte werden nur an berechnigte Personen erteilt, deren Identität zweifelsfrei geklärt ist.	Nach Identifikation des Patienten können rosaviolett geschriebene Texte telefonisch weiter gegeben werden. So greifen diesbezüglich die Mitarbeiter nur auf freigegebene Inhalte zu.
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.	Entsprechende Nachweise konnten in der eKarteikarte eingesehen werden.
1.2.3. (1)	1	Die Indikation für praxisinterne und externe diagnostische Maßnahmen oder Konsile wird von Ärzten/ Psychotherapeuten gestellt.	Die Dokumentation der Patientenbehandlung erfolgt in der elektronischen Karteikarte und hier im Wesentlichen auch im Konsiliarbrief.
1.2.3. (1)	3	Für praxisinterne und externe diagnostische Maßnahmen oder Konsile werden alle notwendigen Informationen übermittelt.	Arztbriefe werden den Unterlagen (z. B. Überweisung) beigelegt.

## 2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.2.3. (1)	4	Bei Veranlassung von weiterführenden externen diagnostischen Maßnahmen oder Konsilen ist die Verdachtsdiagnose bzw. die Fragestellung formuliert und dokumentiert.	Im Reiter "Diagnose" sind alle Patientendiagnosen vermerkt.
1.2.3. (2)	1	Für wichtige praxisinterne diagnostische Maßnahmen liegen schriftliche Ablaufbeschreibungen vor.	Z. B. Blutabnahme und Andere s. 133
1.3.1. (1)	1	Die Indikation für therapeutische Maßnahmen wird von Ärzten/ Psychotherapeuten gestellt.	siehe Beschreibung der Internen Kooperation und Kommunikation
1.3.2. (1)	1	Individuelle Besonderheiten der Patienten werden bei der Verordnung berücksichtigt und sind dokumentiert.	siehe auch Tabelle über Medikamententherapie
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.	Patienten erhalten ergänzend "Patienteninformation" zu den Arzneimitteln, z.B. zur Antikoagulation
1.3.2. (1)	3	Die Vorgaben zu Einnahme, Anwendung und Verhaltensregeln sind dokumentiert.	Wird im scannbaren, bundeseinheitlichen Medikamentenplan ausgedruckt und dem Patienten ausgehändigt.
1.3.2. (1)	6	Rezeptierungs-/ Verordnungsfehler werden dokumentiert.	Es erfolgt eine Dokumentation im Fehlerbogen und Eintrag in CIRS NRW - dies ist als sehr gut zu bewerten.
1.3.3. (1)	1	Für wichtige praxisinterne invasiv-diagnostische und therapeutische Maßnahmen liegen schriftliche Ablaufbeschreibungen vor.	Insbesondere die Herzkatheteruntersuchung ist ausführlich beschrieben
1.3.3. (1)	3	Die Verantwortlichkeiten für die Durchführung und Auswertung praxisinterner invasiv-diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sind festgelegt.	Die Verantwortlichkeiten sind sehr detailliert festgelegt.

## 2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.3.3. (3)	2	Medikamente werden vor der Zubereitung mit der dazugehörigen Verordnung abgeglichen.	ist in der entsprechenden IR vorgesehen und wird durchgeführt
1.3.4. (1)	1	Es gibt eine Checkliste mit Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten.	Es erfolgt eine zweckmäßige Zusammenstellung in der Liste "Notfallkriterien".
1.3.4. (1)	2	Es gibt einen schriftlichen Notfallplan, der die Verantwortlichkeiten und Abläufe zur Versorgung von Notfallpatienten regelt.	Der Ablauf im Falle eines Notfalles ist anschaulich beschrieben.
1.3.4. (1)	3	Das Team wird in geplanten Abständen geschult, Notfallpatienten zu erkennen und unverzüglich zu versorgen.	Zertifizierung nach AHA - dies ist als sehr gut zu bewerten.
1.3.4. (2)	1	Es gibt eine für die durchgeführten Leistungen angemessene, vollständige und funktionsfähige Notfallsausstattung.	Es gibt einen "Notfallständer" mit Infusionsutensilien. Der Notfallkoffer befindet sich im Labor.
1.3.4. (2)	2	Es gibt eine Liste aller erforderlichen Notfallinstrumente und Medikamente.	
1.3.4. (2)	4	Intervalle für Funktions-/ Vollständigkeitsprüfungen und Wartungen sind festgelegt und die Prüfungen sind dokumentiert.	Es wird eine genaue und vollständige Dokumentation über die Kontrolle der Notfallsausstattung vorgelegt.
1.3.4. (2)	5	Verantwortliche Mitarbeiter für die Überprüfung der Notfallsausstattung sind benannt.	Die für die Notfallsausstattung verantwortlichen Mitarbeiter sind im Formblatt "Notfallsausstattung" namentlich genannt.
1.3.5. (1)	1	Für häufig auftretende oder schwere, komplexe Erkrankungen/ Beschwerdebilder/ Leistungen liegen Behandlungspfade mit Ablaufbeschreibungen vor.	Für wichtige kardiologische Erkrankungen sind Behandlungspfade in einer sinnvollen Form hinterlegt.

## 2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
1.3.5. (1)	4	Die Behandlungspfade werden jährlich überprüft, und es wird über die Notwendigkeit daraus resultierender Anpassungen entschieden.	Alle eingesehenen "Behandlungspfade" sind innerhalb eines Jahres aktualisiert / durchgesehen worden.
1.3.6. (1)	1	In der Praxis/ dem MVZ werden verständliche Informationsmaterialien zu Krankheitsbildern, deren Prävention, Diagnostik, Behandlung und Bewältigung angeboten.	Zahlreiche, anschauliche Informationen sind bereits auf der Internetseite der Praxis verlinkt. Weiteres Informationsmaterial gibt es in der Praxis.
1.3.7. (1)	1	Die Wiedereinbestellung von Patienten ist geregelt.	Unter Anderem für die DMP, ist der Rhythmus für die Wiedereinbestellung festgelegt.
1.4.1. (1)	1	Die interne Weitergabe von patientenbezogenen Informationen ist geregelt.	Es liegen schriftlich substantielle Betrachtungen zu Schnittstellen und Einweisungs- und Entlassmanagement vor. Die Vorgaben werden in der Praxis auch gelebt.
1.4.2. (1)	1	Es ist geregelt, wie die Überleitung von Patienten in andere Einrichtungen oder zu anderen Anbietern organisiert und vorbereitet wird.	In der gleichnamigen IR sind die Inhalte differenziert geregelt.
1.5.2. (1)	1	Es ist festgelegt, welche präventiven Leistungen selbst angeboten oder empfohlen werden.	siehe Praxischeck Impfen Die Grippeimpfung und Pneumokokken werden den Patienten in der Praxis angeboten.
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.	In der gleichnamigen IR ist das Vorgehen ausführlich und differenziert dargelegt und wird umgesetzt.
2.1.2. (1)	1	Die persönlichen Wertvorstellungen, die religiösen Einstellungen und individuellen Besonderheiten der Patienten werden berücksichtigt.	Alle hier aufgeführten Indikatoren sind in der gleichnamigen IR schriftlich geregelt und werden umgesetzt.
2.1.2. (1)	3	Die Bedürfnisse und Besonderheiten von Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung werden berücksichtigt.	Unter Anderem werden die Belange sehbehinderter Menschen entsprechend den einschlägigen Empfehlungen berücksichtigt.

## 2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
2.1.3. (1)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zum Umgang mit kritischen und unerwünschten Ereignissen, Fehlern, Beinahe-Schäden und Schäden.	Eine jährliche Fehlerübersichtsanalyse trägt dazu bei systematische Fehler zu entdecken.
2.1.3. (1)	3	Aufgetretene kritische und unerwünschte Ereignisse, Fehler, Beinahe-Schäden und Schäden werden analysiert und Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen werden eingeleitet.	Die Praxis führt differenzierte FMEAs durch - dies ist als sehr gut zu bewerten.
2.3.1. (1)	1	Die Mitarbeiter sind darin geschult, die Vertraulichkeit von Patientenangelegenheiten und die Wahrung der Intimsphäre zu gewährleisten.	Es wird auf Vertraulichkeit, z. B. an der Anmeldung geachtet. Gegebenenfalls werden die Patienten in einen geschlossenen Raum gebeten.
2.3.1. (1)	2	Bei der Erhebung der Patientendaten ist eine angemessene akustische Abschirmung sichergestellt.	z. B. im EKG-Raum
2.3.2. (1)	6	Vertrauliche Informationen, Unterlagen und Daten werden gemäß den Datenschutzanforderungen vernichtet.	Ein Verarbeitungsverzeichnis wird für verschiedene Datenkategorien geführt.
2.3.2. (2)	2	Bei der Übermittlung von Patientendaten werden diese vor Zugriff Unbefugter geschützt.	Faxe erfolgen aus der Software, die Nummern sind dort gespeichert.
3.1.1. (1)	3	Personaleinsatz und Urlaubszeiten sind geregelt.	siehe "Dienst- und Urlaubsregelung"
3.1.2. (2)	1	Die Einarbeitung erfolgt anhand eines Einarbeitungsplans.	Zu unterschreibende Dokumente werden bei Neueinstellung erklärt - siehe "Zu erledigende Unterlagen bei Neueinstellung" - siehe auch "Einarbeitungsplan0"
3.1.3. (1)	1	Der organisatorische und fachliche Austausch sowie die zeitnahe Informationsweitergabe im Team sind geregelt.	"Medikamentenübersicht" an jedem Arbeitsplatz

## 2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
3.1.3. (1)	2	Teambesprechungen werden in festgelegten Abständen und nach festgelegten Regeln durchgeführt.	Ist in der Verfahrensanweisung "Durchführung Teambesprechungen" klar und nachvollziehbar geregelt und wird umgesetzt.
3.1.3. (1)	4	Ergebnisprotokolle der Teambesprechungen liegen vor und sind allen Mitarbeitern zugänglich.	liegen im Backoffice zur Einsicht
3.1.3. (1)	5	Die Kenntnisnahme von schriftlichen Informationen und Protokollen durch alle Mitarbeiter ist geregelt.	In den eingesehenen Protokollen der Teamsitzungen, wurde die Kenntnisnahme von den Mitarbeitern mit Handzeichen gekennzeichnet.
3.2.2. (1)	1	Der Fortbildungsbedarf wird mindestens einmal jährlich ermittelt und schriftlich festgehalten.	Die Praxisleitung führt im Rahmen der Teambesprechungen zahlreiche Fortbildungen und Unterweisungen durch.
4.1.2. (1)	2	Wesentliche Aufgaben sind schriftlich aufgelistet.	Es wird eine aktuelle "Verantwortlichkeitsmatrix" geführt, die detailliert Aufgaben und Verantwortlichkeiten aufführt und dennoch übersichtlich ist.
4.2.2. (2)	6	Die Meldung von Vorkommnissen mit medizinischen Geräten bei der zuständigen Bundesoberbehörde ist geregelt.	Im Dokument "Meldepflicht Vorkommnisse MP" ist das Vorgehen und die Verantwortlichkeit in solchen Fällen geregelt. Die Quelle für die Meldedokumente ist verlinkt.
4.2.3. (2)	1	Die Lagerung von Sprechstundenbedarf, Verbrauchsmaterialien und Medikamenten erfolgt entsprechend ihren Lagerungsanforderungen.	Wird durchgeführt. Eine IR liegt vor.
4.2.3. (2)	5	Die Temperaturüberwachung von Kühlschränken mit kühlpflichtigen Produkten erfolgt werktäglich mit einem Minimum/Maximum-Thermometer und wird dokumentiert.	Überprüfung täglich mittels eines Datenloggers
4.3.1. (1)	1	Die Vorschriften und Regeln der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsschutz liegen vor und finden Anwendung.	Die Praxis nimmt am alternativen Betreuungsmodell teil.

## 2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
4.3.1. (1)	3	Jährliche Unterweisungen zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz werden durchgeführt und dokumentiert.	Die Unterweisungsnachweise aus den vergangenen Jahren liegen dem Handbuch bei und werden regelmäßig geführt.
4.3.1. (1)	5	Aktuelle Gefährdungsbeurteilungen für alle Arbeitsplätze liegen vor.	Gefährdungsbeurteilungen nach der Vorlage der BGW sind u. a. für psychische Belastungen durchgeführt worden.
4.3.1. (5)	1	Es gibt eine schriftlich formulierte Interne Regelung zum Umgang mit scharfen und spitzen Gegenständen.	Der sichere Umgang mit spitzen Gegenständen ist in den jeweiligen Arbeitsanweisungen geregelt.
4.3.1. (6)	1	Es gibt eine aktuelle Auflistung der verwendeten Gefahrstoffe in einem Gefahrstoffverzeichnis.	als xls Datei
4.3.1. (6)	2	Die erforderlichen Sicherheitsdatenblätter und Betriebsanweisungen zu allen verwendeten Gefahrstoffen liegen vor.	
4.3.3. (1)	4	Ein aktueller Reinigungs- und Desinfektionsplan hängt an zweckmäßigen Orten aus.	Pläne sind erstellt und ausgehängt
4.3.3. (2)	1	Es gibt leicht erreichbare Handwaschplätze mit fließend Kalt- und Warmwasser, handbedienungsfreie Spender für Hautreinigungs- und Händedesinfektionsmittel, geeignete Hautpflegeprodukte und Einmalhandtücher.	Alternativ zum Anbruchdatum der Gebinde, z. B. Händedesinfektionsmittel, könnten auch die Ablaufdaten notiert werden. - VP
4.3.3. (2)	2	Ein Hautschutzplan ist erstellt und hängt sichtbar aus.	Plan ist erstellt und ausgehängt
4.3.3. (5)	1	Es liegt eine aktuelle Liste mit den meldepflichtigen Erkrankungen vor.	Die Verlinkung zum RKI funktioniert auch in der Praxis.

## 2. Hinweise/Kommentare des Visitors

Kernziel	Nr.	Nachweis/Indikator	Kommentar/Hinweis des Visitors
4.3.3. (5)	2	Die zeitnahe und korrekte Meldung von meldepflichtigen Erkrankungen ist geregelt.	siehe IR 433 5
4.3.3. (5)	4	Vor jeder Impfung werden die Patienten über Art, Wirkung und Nebenwirkungen aufgeklärt.	Dies ist in der IR vorgesehen und wird durchgeführt.
4.5.2. (1)	1	Die Datensicherung ist geregelt.	Verschlüsselte externe Festplatten werden verwendet. Es könnte noch über langfristige Datensicherungen, z. B. quartalsweise und jährlich nachgedacht werden. - VP
5.1.2. (1)	1	Es werden jährlich messbare Qualitätsziele schriftlich festgelegt.	Ziele aus verschiedenen Themenbereichen sind gesetzt
5.1.2. (1)	2	Die Mitarbeiter werden in die Festlegung der Qualitätsziele einbezogen und kennen diese.	Die Ziele werden in den Teamsitzungen erörtert.
5.2.2. (1)	3	Die Befragungen werden systematisch ausgewertet und die Auswertungen sind dokumentiert.	Die Auswertung ist im Internet eingestellt.
5.2.2. (1)	4	Die Ergebnisse werden analysiert und gemeinsam mit dem Team werden Maßnahmen abgeleitet.	Die Wartezeit in der Praxis wird weiter bearbeitet.
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 aktuellen Bewertungen wurden eingesehen (nach Formblatt).

### 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.	Softwarebedingt erfolgen keine Auswertungen einer Teilnehmerrate.
2.1.3. (1)	4	Die Leitung kann ihr Vorgehen zur Reduzierung potentieller praxisspezifischer Risiken, Gefahren und Fehlerquellen darlegen.	Kein Riskomanagement im Sinne eines proaktiven Vorgehens (was könnte eventuell schief gehen?) - VP!
5.3.1. (1)	1	Der Aufbau des QM-Handbuches ist festgelegt.	Hier gibt es noch Regelbedarf.

#### 4. Nachweise/Indikatoren für die Nacharbeit

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

kein Eintrag vorhanden

## 5. Zertifizierungsempfehlung des Visitors

Die Praxis hat 261 der 264 anwendbaren Nachweise erfüllt. Die Vergabe des QEP-Zertifikates wird empfohlen.

Dr. med. Jochen Plank, den 24.11.2018