

## Vorwort der KVWL

Qualität in der Medizin ist für den Arzt eine unabdingbare Selbstverständlichkeit. Bereits der hippokratische Eid formuliert „Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.“ Bevor ein Arzt seine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung aufnehmen darf, hat er mindestens 6 Jahre Studium und durchschnittlich mindestens 5 Jahre Weiterbildung absolviert und diese mit einem Examen erfolgreich abgeschlossen.

Qualität in der Medizin ist für den Laien und potentiellen Patienten eine unabdingbare Selbstverständlichkeit. Er benötigt das Vertrauen in die menschlichen und fachlichen Fähigkeiten seines behandelnden Arztes. Dieses Vertrauen ist in Deutschland besonders hoch. Es dokumentiert sich durch das hohe gesellschaftliche Ansehen, das Ärzte in Deutschland weiterhin genießen und den Wunsch von Menschen, die im Ausland schwer erkranken, bald möglichst wieder zurück nach Deutschland reisen zu können und sich hier in ärztliche Behandlung zu begeben.

Qualität in der Medizin ist für die Politik einerseits eine Selbstverständlichkeit, andererseits aber auch Grund, den „Leistungserbringern“ im deutschen Gesundheitswesen Mängel vorzuwerfen. Im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Bundesregierung vom 11. November 2005 wird dargestellt, „Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung ... bietet“. Auf der anderen Seite wird von Ressourcenverschwendung, Über- und Unterversorgung gesprochen. Der Spiegel macht im Juli 2006 in seinem Kollektivvorwurf gegen die medizinische Versorgung in Deutschland sogar die Quote der Brustkrebserkrankungen indirekt dem System zum Vorwurf.

Qualitätssicherung betreiben insbesondere die niedergelassenen Ärzte seit Jahren intensiv. Hygiene wird streng überwacht, die Ergebnisse ärztlicher Tätigkeit von der Erstellung von Untersuchungsdokumentationen bis hin zur Qualität der Beurteilungen werden kontrolliert und bewertet. Die Ergebnisse dieser Kontrollen stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen, die damit betraut sind, in jährlichen Qualitätsberichten der Öffentlichkeit zur Verfügung. Diese Berichte zeigen eine hohe Qualität der Tätigkeit niedergelassener Ärzte auf.

Mit dem GMG führte die Politik für den ambulanten Versorgungsbereich neu die Verpflichtung zum „einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“ (QM) ein. Die näheren Einzelheiten hierzu sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in einer Richtlinie festlegen. Das ist Ende 2005 erfolgt, die Richtlinie mit dem 1.1.2006 in Kraft getreten. Seitdem sind alle Ärzte und Psychotherapeuten, die zur vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung zugelassen sind, verpflichtet, innerhalb von 4 Jahren ein QM

für ihre Praxen einzuführen. Dabei weist der Vorsitzende des GBA, Dr. Hess, eindeutig darauf hin, dass man mit dieser Richtlinie die Praxisinhaber nicht überfordern will. Ein solches QM soll einfach und ohne großen Aufwand umzusetzen sein. Wer mehr will, dem steht es natürlich frei, auch mehr zu machen. Man muss es aber nicht.

Damit folgt der GBA völlig der Linie der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, deren Vertreterversammlung bereits 2002 die Erstellung eines praxistauglichen QM Systems in Auftrag gegeben hatte. Dieses sollte folgende Kriterien erfüllen:

- Tauglichkeit für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis
- Einfach zu erlernen
- Einfach umzusetzen
- Geringe Kosten verursachen
- Von Ärzten für Ärzte erstellt
- Von Ärzten an Ärzte vermittelt
- Von Ärzten auditiert (bei Zertifizierungswunsch)
- Für Psychotherapeuten analoge Geltung aller Kriterien

Diese Vorgaben erfüllte KPQM, das schnell auch bei anderen Kassenärztlichen Vereinigungen Interesse erweckte und mit Modifikationen z. B. in Nordrhein als qu.no übernommen und etabliert wurde. Derzeit sind die Systeme KPQM und qu.no die PraxisQM Systeme mit der größten Anwenderzahl und der größten Zahl von Zertifizierungen im Bereich der ambulanten Medizin.

Bereits mit KPQM kann ein Arzt alle Anforderungen des GBA erfüllen. Die Weiterentwicklung zu KPQM:2006 stellt dieses System noch stärker in den Kontext zu der GBA Richtlinie.

Was aber nützt ein solches QM dem Arzt, der, wie bereits eingangs bemerkt, bereits eine hohe Qualität vorhält, nachweist und auch von seinen Patienten anerkannt bekommt?

QM bedeutet, dass man die Prozesse in seiner Praxis unter die Lupe nimmt. Wie wird in meiner Praxis was gemacht? Wird es so gemacht, wie ich es erwarte? Gibt es evtl. Verbesserungsmöglichkeiten? Das sind Kernfragen eines QM. Viele der Kollegen, die KPQM in ihrer Praxis umgesetzt haben, berichten, dass sie damit etliche Vorgänge verschlanken und effektiver gestalten konnten. Es wird sogar darüber berichtet, Zeit eingespart zu haben und Finanzmittel.

Produkt eines QM ist das QM Handbuch. Dieses beschreibt die analysierten und festgelegten Prozesse eindeutig. Damit ist es auch geeignet, neuen Mitarbeitern die Prozessabläufe der Praxis schnell und eindeutig darzustellen und den Einarbeitungsaufwand zu minimieren.

Prozessabläufe, zu denen man sich in der Praxis verpflichtet, besitzen auch eine hohe forensische Bedeutung. Mit ihnen kann man Fehler oder Beinahefehler minimieren oder vermeiden. Man kann mit ihnen sogar den unberechtigten Vorwurf eines Kunstfehlers abweisen, wenn der beklagte Vorgang in einem Prozess dargestellt wurde und die Arbeitsweise korrekt und konsequent danach umgesetzt wird.

Also ist QM nicht nur ein neues bürokratisches Produkt, das die Politik sich ausgedacht, die Selbstverwaltung (GBA) machbar gemacht und die KV umgesetzt hat, sondern ein Hilfsmittel zur optimierten Praxisführung, zum Vermeiden von Zeitfressern und zur Patientensicherheit: also geeignet zur Zufriedenheit Aller.

*Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden*

zweiter Vorsitzender der KVWL und

Vorsitzender des Lenkungsausschusses Qualitätsmanagement der KVWL

## Vorwort des ÄZQ

Mit seinem Beschluss vom 18. Oktober 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die lang erwarteten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärzte definiert. Betrachtet man die von ihm geforderten Instrumente wie Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifung von Umsetzungsmaßnahmen, regelmäßige strukturierte Teambesprechungen, Prozessablaufbeschreibungen, Beschwerdemanagement, Organigramm und Checklisten sowie Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen, so wird dem Kundigen klar, dass hier das Rad keinesfalls neu erfunden worden ist.

Bereits im Juni 2002 waren die wesentlichen Eckpunkte im ersten KPQM Handbuch, das seinerzeit der Vorstand der KVWL zustimmend zur Kenntnis nahm, definiert.

Mit der Vorlage des überarbeiteten KV Qualitätsmanagement KPQM 2006 haben die Initiatoren ein starkes serviceorientiertes System, das in den letzten Jahren die gängigen Qualitätsmanagementsysteme wie DIN EN ISO 9001:2000 und das EFQM-Modell in seiner Entwicklung berücksichtigt hat, weiter ausgebaut und in seiner Ausgestaltung an das KBV-System QEP sowie die Richtlinie des G-BA über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die in der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte angepasst.

KPQM 2006 unterstützt den Vertragsarzt auf dem Wege zur Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen und soll darüber hinaus dem tätigen Vertragsarzt die Sinnhaftigkeit eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zur adäquaten Erfüllung des Versorgungsauftrags sowie zu einem umfassenden Anspruch an die medizinische Erfüllung seiner täglichen Arbeiten gewährleisten. KPQM 2006 versucht den Spagat zwischen ständig steigenden Ansprüchen des Qualitätsmanagements mit der ebenfalls steigenden Dokumentations- und Bürokratieflut in Einklang zu bringen und einen akzeptablen Aufwand für den Vertragsarzt zu gewährleisten.

KPQM 2006 gibt dem Anwender die Chance, seine individuellen Vorstellungen von einer optimal geführten Vertragsarztpraxis mit den Anforderungen des G-BA zu kombinieren und zu einem tragfähigen Dienstleistungskonzept zu entwickeln.

Wir beglückwünschen die Autoren und Herausgeber zur Publikation von KPQM 2006.

*Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger, Dr. med. Christian Thomeczek*  
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Berlin  
(Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und  
Kassenärztlicher Bundesvereinigung)

## 4.4 Prozessorientierung

### Was ist ein Prozess?

Zum Verständnis des Konzepts der Prozessorientierung zunächst ein Blick auf die gegenwärtig übliche Organisationsform von Praxen. Häufig sind Praxen nach Funktionen gegliedert: z. B. Anmeldung/Terminvergabe, ärztliche Untersuchung, Funktionsdiagnostik, Bildgebende Diagnostik, Labor usw.

Prozesse hingegen haben folgende Eigenschaften:



#### Der Begriff Prozess

*„Ein Prozess ist das Zusammenwirken von Mensch, Maschine, Material und Methoden, das darauf ausgerichtet ist, eine bestimmte Dienstleistung zu erbringen oder ein bestimmtes Endprodukt zu erzeugen.*

*Jeder Prozess besitzt eine Folge von Aktivitäten, messbare Eingaben und Ausgaben ...“*

Haist/Fromm 1989

In einem Prozess werden also Eingangsgrößen strukturiert in Ergebnisse umgewandelt. Funktionsübergreifend bedeutet, dass mehrere ansonsten getrennt arbeitende Bereiche einbezogen sind/sein können.

Häufig wird begrifflich noch zwischen Kernprozessen und Stütz- oder Supportprozessen unterschieden. Kernprozesse sind charakteristisch für das Unternehmen und machen es im Idealfall unverwechselbar. In der Praxis sind das die Bereiche Diagnostik, Therapie, ggf. Gutachtentätigkeiten und die Patientenbetreuung. Die Kernprozesse werden unterstützt durch nicht direkt wertschöpfende Tätigkeiten – z. B. Patientenadministration, Beschaffung, Reinigung und Wartung, Abrechnung, Fortbildung – ohne die natürlich keine Praxis funktionieren könnte. Im Gegensatz zu den Kernprozessen können sie aber unter Umständen ausgelagert werden („Outsourcing“).

In jeder Praxis laufen ständig viele Tätigkeiten parallel ab. Viele dieser Prozesse sind für die Mitarbeiter problemlos und sind auch nicht risikobehaftet. Diese Prozesse müssen auch nicht im Rahmen des QMs geregelt werden. Ein Prozess, dessen Ablauf im Rahmen einer Arbeitsanweisung geregelt wird, sollte über mindestens eine der folgenden vier Eigenschaften verfügen:

1. Die durchgeführte Tätigkeit ist mit Gefahren für den Patienten oder das Personal verbunden. So sollte z. B. der Umgang mit infektiösem Material geregelt werden, um eine Infektion des durchführenden Mitarbeiters möglichst auszuschließen.

2. Die durchgeführte Tätigkeit kann für die Praxis einen bedeutsamen wirtschaftlichen Schaden auslösen. Hier lässt sich die Datensicherung der Abrechnungsdaten aufführen, da der Verlust dieser Daten die Praxis in eine Liquiditätskrise bringen könnte.
3. Die durchgeführte Tätigkeit kann für die Praxis ein juristisches Problem auslösen. So sollte die Aufklärung der Patienten vor plastischen Eingriffen beispielsweise exakt geregelt werden, um forensische Risiken zu minimieren.
4. Die durchgeführte Tätigkeit kann einen großen Imageschaden für die Praxis induzieren. So müssen Patientenbeschwerden so geregelt werden, dass sie möglichst keine Leserbriefe in der lokalen Presse auslösen.

Einer der Kerngedanken des Qualitätsmanagements ist es, Zufälle möglichst auszuschließen. Dies gelingt durch eine systematische Darstellung der Tätigkeiten beispielsweise in einem Flussdiagramm. Durch die Darstellung fallen Fehler im Prozessablauf häufig auf und können dann abgestellt werden. Aus diesem Grunde wird im KPQM 2006 -System die systematische Darlegung von mindestens zehn Praxisprozessen in Form einer Verfahrensanweisung mit zugehörigem Flow-Chart gefordert.

Die beschriebene Prozessdarstellung erzeugt innerhalb des Praxisteam eine hohe Transparenz über die Abläufe. Da so jeder Mitarbeiter informiert ist, was genau abläuft, kann im Zweifelsfall bei auftretenden Störungen schnell geholfen werden. Dadurch werden die vorhandenen Risiken minimiert.

Um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess in Gang zu setzen und in Gang zu halten, werden Informationen benötigt. So kann die Wirksamkeit einer QM-Maßnahme nur beurteilt werden, indem die Ergebnisse nach der Intervention mit denen vor der Intervention verglichen werden. Die Beurteilung soll möglichst auf nachprüfbaren Zahlen beruhen. Die Indikatoren, an Hand derer der Erfolg einer Maßnahme beurteilt werden soll, müssen bereits in der Planungsphase jedes Projektes definiert und erstmals erhoben werden.

## **Prozessorientiert vorgehen**

Prozessorientiertes Vorgehen umfasst vier Teilschritte.

- Prozess definieren
- Verantwortlichkeiten festlegen
- (Prozesse ausführen)
- Prozess messen/Prozess(beherrschung) dokumentieren (s. PDCA-Zyklus)

Struktur – Prozess – Ergebnis		
Struktur (Material)	Prozess	Ergebnis
gut	gut	gut
schlecht	gut	ausreichend
gut	schlecht	mangelhaft
schlecht	schlecht	?

Tab. 2 Zusammenhang zwischen der Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität

## Prozess definieren

Zu diesem Schritt gehört es, Prozesse zu identifizieren und zu beschreiben. Prozesse haben immer einen gut abgrenzbaren Beginn und ein ebenso klar abgrenzbares Ende. Beispiele sind „Terminvergabe“, „Erstkontakt (neuer Patient)“, „KV-Abrechnung“ oder auch „Diagnostik eines Knotens in der Brust“. Ist ein Prozess identifiziert, wird er grafisch dargestellt. Dazu hat sich das Flussdiagramm (Flow-Chart) als Werkzeug bewährt.

## Flussdiagramm (Flow-Chart)

Um Flussdiagramme zu erstellen, braucht man nur wenige Symbole.

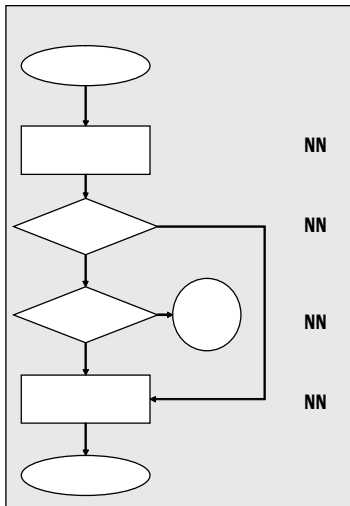


Abb. 3 Darstellung von Prozessen

- Universalwerkzeug für Prozessdarstellung sind Flow-Charts
- 4 Symbole reichen aus, um jeden Prozess darzustellen
- Flow-Charts können von Hand gezeichnet, mit gängigen EDV-Programmen erstellt oder mittels spezieller Software angefertigt werden
- die grafische Darstellung bringt auch bei recht einfachen Prozessen oft überraschende Erkenntnisse

Flussdiagramme kommen ursprünglich aus der Programmierung von Computerprogrammen – dort ist eine strenge Formalisierung von Prozes-

sen unumgänglich, um die Prozesse im Programm eindeutig und unmissverständlich abbilden zu können. Auch für die vertragsärztliche qualitätsmanagementgerechte Prozessdarstellung ist das Flussdiagramm (Flow-Chart) sehr hilfreich.

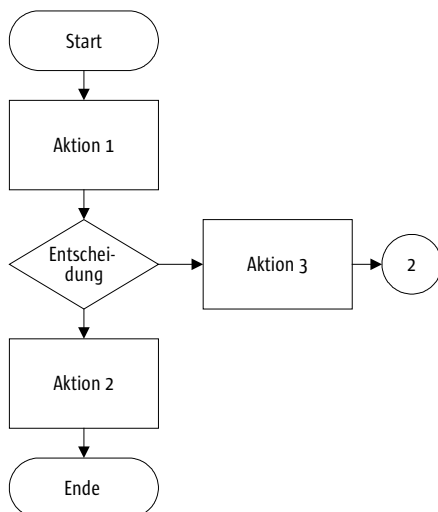


Abb. 4 Konventionen der Symbole

## Regeln für Flussdiagramme

- Hauptprozess vertikal, Varianten „rechts raus“
- ggf. Verneinung in der Raute
- Raute: „ja“-Variante vertikal, „nein“-Variante horizontal
- innerhalb des Flow-Charts Untergliederungstiefe beibehalten
- ggf. in ein weiteres Flow-Chart verzweigen
- Übersichtlichkeit – ein Prozess auf einer Seite
- Übersichtlichkeit – umfangreiche Varianten auf gesondertes Blatt

Flussdiagramme werden vereinbarungsgemäß immer so geschrieben, dass der ungestörte Hauptprozess (in bejahender Form der Entscheidungen) senkrecht läuft und Varianten oder Nebenwege an den Entscheidungsrauten mit der „nein“-Antwort nach rechts abzweigen. Das führt gelegentlich dazu, dass bei der Entscheidungsfrage mit einer doppelten Verneinung gearbeitet werden muss. Soll z. B. in einem Terminvergabeprozess der elektive Fall als Hauptvariante und der Notfall als Nebenvariante dargestellt werden, muss in der Entscheidungsraute stehen „Kein Notfall?“. Die Antwort „Ja“ bedeutet, dass es sich um den elektiven Fall handelt. „Kein Notfall? – Nein“ bezeichnet den Notfall. Diese auf den ersten Blick verwirrende Konvention macht Flussdiagramme nach kurzer Eingewöhnung sehr viel leichter nach-

vollziehbar – der Hauptprozess lässt sich sofort in der Vertikalen verfolgen. Es können mehrere Aktionen nacheinander abgearbeitet werden und auch Situationen mit mehreren unmittelbar aufeinander folgenden Entscheidungsrauten kommen vor.

Die Hauptschwierigkeit besteht bei der praktischen Umsetzung darin, innerhalb von Prozessen den angemessenen Detaillierungsgrad zu finden. Was muss noch beschrieben werden und was gehört unmittelbar zur Professionalität und braucht deshalb nicht erwähnt zu werden? In einem Flussdiagramm zur Terminvergabe ist der Startpunkt der Wunsch des Patienten nach einem Termin – dabei ist es unerheblich, ob dieser Wunsch in der Praxis oder per Telefon geäußert wird. Hier müssen keine zwei Varianten beschrieben werden und die Bedienung eines Telefons gehört zu unseren üblichen Kulturfähigkeiten (Prozessschritt „Hörer abnehmen und melden“ nicht dokumentieren). Auch die einzelnen Handgriffe zum Aufziehen einer Spritze oder zum korrekten Blutdruckmessen gehören nicht in eine Prozessbeschreibung (diese Details lassen sich für Ausbildungszwecke gut in einer Arbeitsanweisung niederlegen – ansonsten gehören sie zum professionellen Rüstzeug aller Mitglieder des Praxisteam). Das Ziel ist, für das Praxisteam selbst und für andere (z. B. Auditoren) die Prozesse sichtbar, verstehbar, nachvollziehbar und vor allem sicher zu machen. Keine Überregulierung!

Mit der Identifizierung und Beschreibung der Prozesse ist die Prozessdefinition abgeschlossen.

### **Verantwortlichkeit festlegen**

Im zweiten Schritt werden die Verantwortlichkeiten eindeutig festgelegt. Grundprinzip dabei: der Prozesseigner ist für den Prozess verantwortlich. Das bedeutet, dass der den jeweiligen Prozessschritt Ausführende für diesen Schritt auch verantwortlich ist. Das schließt natürlich absichernde Rücksprachen nicht aus. Wenn z. B. die Nachbestellungen in der Materialwirtschaft von der Erstkraft verantwortlich geführt werden, kann dennoch der Praxisinhaber vor dem Abschicken noch einmal auf die Bestellung „drauf schauen“. Um diesen Schritt für beide Beteiligten präziser zu fassen, muss dann von Freigabe gesprochen werden. Der Arzt übernimmt damit aber auch unmissverständlich die Verantwortung für die Bestellung. Die Prozesseigner lassen sich gut neben dem jeweiligen Prozessschritt abbilden. Im Flussdiagramm sähe dieser Prozessteil folgendermaßen aus:

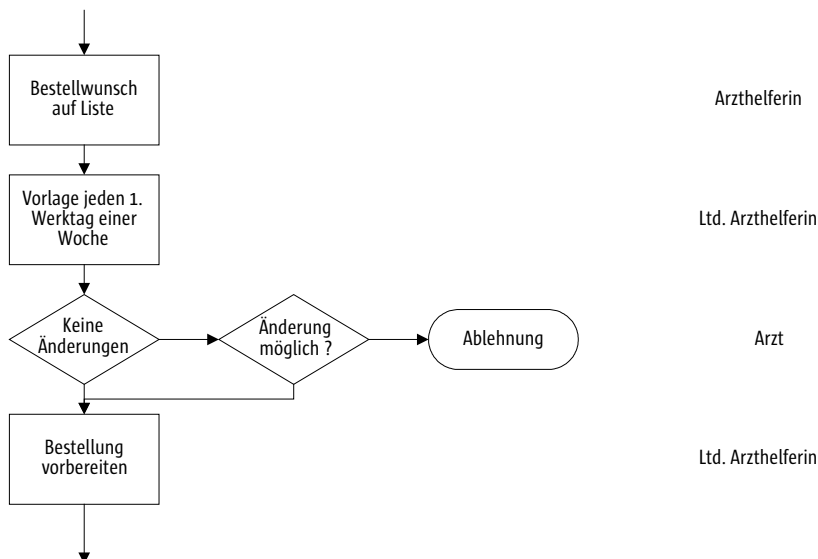


Abb. 5 Verantwortlichkeit in Flow-Charts

Die ggf. ablaufende Korrekturschleife ist auch ohne explizite Darstellung des Korrekturschritts verständlich und für den Zweck des Qualitätsmanagements ausreichend genau abgebildet. Die Prozesseigner sind bestimmt und dokumentiert. Falls die Erstkraft für die Nachbestellungen alleine verantwortlich ist, entfällt der Freigabeschritt – jedes „Draufschaun“ des Chefs ist dann unnötig (präziser: Verschwendung) und kann darüber hinaus sehr leicht als Mangel an Vertrauen und unangemessene Kontrolle empfunden und missverstanden werden. Es ist selbstverständlich, dass für jede delegierte Tätigkeit das erforderliche Wissen und Können notwendig ist (ggf. Schulung) und der Praxisinhaber sich vom Können selbst überzeugen muss. Mit der Kompetenz im Sinne des Wissens und der Verantwortung ist deshalb immer auch die Kompetenz im Sinne der Befugnis zur Durchsetzung zu verbinden. Man spricht von der Kongruenz von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung, die in der Folge ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit bei allen Beteiligten ermöglicht.

## Prozesse ausführen

Nach der Festlegung und Dokumentation der Prozessschritte erfolgt die Umsetzung. Die Prozesse können nun im Regelfall exakt so ablaufen, wie sie im Flussdiagramm und den Verfahrens- und Arbeitsanweisungen dokumentiert worden sind. Das Vorgehen wird auf diese Weise standardisiert – es folgt den Qualitätsstandards der Praxis und sichert die Erfüllung der festgelegten Anforderungen. Nicht nur administrative, sondern auch me-

dizinische Abläufe lassen sich weitgehend standardisieren. Dabei sind Richtlinien und Leitlinien mit der besten verfügbaren Evidenz zu Grunde zu legen. Die erwünschte Variabilität bezieht sich auf die Fälle, in denen der Standard nicht angewandt werden darf, weil er z. B. zu einem falschen Resultat führen würde. Dazu ist jeweils eine Begründung anzugeben. Standards anzuwenden heißt, weiterhin dem Einzelfall gerecht zu werden. Es kann sich kein Mitglied des Praxisteam durch den Verweis auf einen Standard aus der Verantwortung für sein Handeln lösen.

## **4.5 Dokumentation – Verfahrensanweisung – Arbeitsanweisung**

### **Dokumentation**

Jederzeit nachvollziehbare Darlegungen durch Verschriftlichung oder grafische Darstellungen sind für das Qualitätsmanagement konstitutiv. Für unser Modell steht auch dabei das Kernelement der Prozessorientierung im Zentrum. Die Dokumentation der Ablaufschritte in Flussdiagrammen (siehe oben) wird durch die im Folgenden beschriebenen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen vervollständigt. Prozeduren, die allgemein zugänglich sind (Ausbildungsgänge für Arzthelferinnen, Weiterbildungsordnungen für Ärzte, Handbücher für PC oder Sonogerät), müssen nicht beschrieben werden. Es genügt, auf diese Dokumente ebenso wie auf Gesetzesgrundlagen zu verweisen und sie als mitgeltende Dokumente in die Dokumentation einzubeziehen.

### **Verfahrensanweisungen**

Verfahrensanweisungen (Kürzel: VA) regeln Prozesse, an denen z. B. mehrere Arbeitsplätze(-bereiche) beteiligt sind – also alle Abläufe mit Schnittstellen. Verfahrensanweisungen selbst folgen einem hochgradig standardisierten und formalisierten Vorgehen. Es müssen bestimmte Bestandteile immer vorhanden sein und sie werden in allen Verfahrensanweisungen stets gleich benannt. Die Formalisierung zwingt den Ersteller der VA zu systematischem Vorgehen und hilft, eventuell noch vorhandene qualitäts- oder risikorelevante Lücken zu erkennen und zu regeln. Verfahrensanweisungen sind aber auch eine wertvolle Dokumentation der Abläufe für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Und nicht zuletzt erlauben sie dem Auditor, die in der Praxis durchgeführten Prozesse schnell nachvollziehen zu können. Die Erstellung und die Versionskontrolle (Änderungsdienst) für Verfahrensanweisungen sind ebenfalls weitestgehend formalisiert.