

# Audit- & Prüfbericht

QUALITÄTSSIEGEL



**Auditierte Praxis/Praxisname: Zahnarztpraxis Dr.  
Alexandra Schippers**

Nürnberg, 20.04.2017

## QUALITÄTSSIEGEL Praxis+Award 2017

**Kundenr:** 2516

**TAN:** 7dc92a0

### Auditierte Praxis

Zahnarztpraxis Dr. Alexandra Schippers  
Frau Dr. med. dent. Alexandra Schippers  
Bongardstr. 21  
44787 Bochum

### Einreicher

Frau Dr. med. dent. Alexandra Schippers  
Telefon: 023414516  
Email: info@zahnaerztin-schippers.de

### Ergebnis der Auditierung

Es wird das geprüfte QUALITÄTSSIEGEL mit drei Sternen vergeben.

**"Sehr gute Praxiskultur, muss man weiterempfehlen"**



Audit-Ergebnis:		
Audit-Datum:		20.04.2017
Qualitätssiegel ist gültig bis:		20.04.2018
Ergebnis Punkte in den Bereichen:		
Praxiskommunikation:	136	von 200
Medieneinsatz:	192	von 200
Patientenansprache:	115	von 200
Mitarbeiterentwicklung:	182	von 200
Soziale Verantwortung:	165	von 200
Gesamt:	790	von 1000

### Begründung

Nachfolgend finden Sie eine Übersicht über den Stand des Projekts. Die entsprechenden Nachweise und Bemerkungen wurden den Bereichen zugeordnet. Bewertung und Kommentar wurden vom Auditor eingefügt. Die Praxis wurde im Hinblick auf die fünf wesentlichen Bereiche moderner Unternehmensführung abgefragt und überprüft.

Eine erfolgreiche Zertifizierung setzt das Erreichen von mindestens 51% der zugrundeliegenden Gesamtpunktzahl voraus. Wird dies final nicht erreicht, kann der Teilnehmer weder zertifiziert werden, noch am aktuellen Award teilnehmen und es entstehen somit auch keine Kosten.

Fragenkatalog:			Bem. / Ihre Antwort
<b>I. IGeL Leistungen</b>			
01.	Ich bewerbe keine gezielten, verdeckten und nicht notwendigen Zusatzleistungen und bekenne mich zu den Empfehlungen der Bundesärztekammer.	✓	Ja
<b>II. Praxiskommunikation</b>			
02.	Existiert ein stimmiges, aussagekräftiges Praxislogo?	✓	Ja
03.	Was ist die Herleitung Ihres Logos?	✓	Angabe vorhanden
04.	Hier den Nachweis erbringen (Upload)	✗	Kein Upload
05.	Gibt es Besonderheiten, die Patienten auffallen, wenn sie in Ihrer Praxis sind?	✓	Ja
06.	Hier ist Platz für die Highlights.	✓	Angabe vorhanden
07.	Hier den Nachweis für Ihre Highlights erbringen (Upload)	✓	Upload erfolgt
08.	Verwendet Ihre Praxis Info-Flyer/Broschüren zu Praxis, Leistungen, Service oder z. B. Patienten-Newsletter oder -brief?	✗	Nein
09.	Hier den Nachweis erbringen (Upload)	✗	Kein Upload
10.	Präsentiert Ihre Praxis das Leistungsportfolio, Ihre Praxis oder Ihr Team in einem Praxisfilm?	✗	Nein
11.	Hier den Nachweis erbringen. (Link zum Film)	✗	Keine Angabe
12.	Welche Möglichkeiten für eine Terminvereinbarung bietet Ihre Praxis?	✓	Angabe vorhanden
13.	Bieten Sie Ihren Patienten einen zusätzlichen Info-Service für Termine?	✓	Angabe vorhanden
14.	Wie schätzen Sie Ihre Reaktionszeit bei Anfragen Ihrer Patienten ein?	✓	Angabe vorhanden
15.	Wie schätzen Sie die durchschnittliche Wartezeit Ihrer Patienten ein, die bereits einen Termin haben?	✓	Angabe vorhanden
16.	Hier geht es um das Thema "Wartezeit". Bitte beurteilen Sie die nachfolgenden Aspekte.	✓	Angabe vorhanden
17.	Eine oder mehrere dieser Werbemaßnahmen sind in Planung und werden innerhalb der kommenden 12 Monate umgesetzt?	✓	Ja
18.	Bitte beschreiben Sie uns, was Sie planen.	✓	Angabe vorhanden
19.	Ihre persönliche Nachricht an uns.	✗	Keine Angabe
<b>Punkte in diesem Teilbereich</b>			<b>136</b>
<b>III. Medieneinsatz</b>			
20.	Hat Ihre Praxis einen Internetauftritt?	✓	Ja
21.	Hier den Nachweis erbringen. (Link zur Ihrer Webseite)	✓	Angabe vorhanden
22.	Wie häufig aktualisieren Sie Inhalte Ihrer Praxis-Website?	✓	Angabe vorhanden
23.	Nutzt Ihre Praxis Social Media und aktualisiert diese regelmäßig?	✓	Ja
24.	Hier den Nachweis erbringen. (Link zur Ihren Profilen)	✓	Angabe vorhanden
25.	Ist Ihre Praxis auf Bewertungsportalen aktiv?	✓	Ja
26.	Haben Sie auf einem dieser Bewertungsportale mehr als 25 Bewertungen?	✓	Ja
27.	Hier den Nachweis erbringen. (Link zu Bewertungsportal/en)	✓	Angabe vorhanden
28.	Welche Medien kommen in Ihrer Praxis zum Einsatz?	✓	Angabe vorhanden
29.	Eine oder mehrere dieser Maßnahmen sind in Planung und werden innerhalb der kommenden 12 Monate umgesetzt?	✓	Ja
30.	Ihre persönliche Nachricht an uns.	✓	Angabe vorhanden
<b>Punkte in diesem Teilbereich:</b>			<b>192</b>

<b>IV. Patientenansprache</b>		
31. Dreh- und Angelpunkt Empfangsbereich und Behandlung.	✓	Angabe vorhanden
32. Bietet Ihre Praxis ein eigenes Vorteilsprogramm für Patienten an , das nicht mit denen der Krankenkassen einhergeht?	✗	Nein
33. Falls ja, beschreiben Sie bitte das Vorteilsprogramm.	✗	Keine Angabe
34. Führen Sie Veranstaltungen in der Praxis durch ?	✗	Nein
35. Gibt es mindestens einmal jährlich eine Patientenbefragung?	✗	Nein
36. Hier den Nachweis erbringen und Fragebogen hinterlegen.	✗	Kein Upload
37. Können Ihre Patienten Kritik üben?	✓	Ja
38. Informiert Ihre Praxis in der Öffentlichkeit durch z. B. Anzeigen in Lokalzeitung, Online-Banner, Plakate, Radiospots etc.?	✓	Ja
39. Hier den Nachweis erbringen. (Upload)	✗	Kein Upload
40. Eine oder mehrere dieser Werbemaßnahmen sind in Planung und werden innerhalb der kommenden 12 Monate umgesetzt?	✓	Ja
41. Welche Maßnahmen planen Sie?	✓	Angabe vorhanden
42. Raum für eine persönliche Nachricht an uns.	✗	Keine Angabe
<b>Punkte in diesem Teilbereich:</b>		115
<b>V. Mitarbeiterentwicklung</b>		
43. Bietet Ihre Praxis den Angestellten einen Rahmen zur beruflichen und/oder eigenen Weiterentwicklung?	✓	Ja
44. Führen Sie Teamevents durch, um Ihre Mitarbeiter zu motivieren und/oder den Team-Spirit zu stärken?	✓	Ja
45. Falls ja, beschreiben Sie es an dieser Stelle.	✓	Angabe vorhanden
46. Führen Sie regelmäßige Mitarbeitergespräche durch?	✓	Ja
47. Bieten Sie Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern interne Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen an?	✓	Ja
48. Nennen Sie bitte Beispiele.	✓	Angabe vorhanden
49. Gibt es Mitarbeiterfeedback- oder Zielvereinbarungsgespräche?	✓	Ja
50. Gibt es darüber eine Dokumentation, aus der sich zukünftige Handlungen ableiten?	✓	Ja
51. Eine oder mehrere dieser Maßnahmen sind in Planung / zukünftig gewünscht.	✓	Ja
52. Bitte nennen Sie uns den Zeitraum, bis wann welche Maßnahmen umgesetzt werden sollen.	✗	Angabe nicht relevant
<b>Punkte in diesem Teilbereich:</b>		182
<b>VI. Soziale Verantwortung</b>		
53. Engagiert sich Ihre Praxis sozial und hat eine eigene Wohltätigkeitsveranstaltung?	✓	Ja
54. Beschreiben Sie die Maßnahmen.	✓	Angabe vorhanden
55. Sind die Praxisverantwortlichen oder Mitglieder des Teams für die Praxis sozial engagiert?	✓	Ja
56. Nennen Sie uns Beispiele.	✓	Angabe vorhanden
57. Beteiligen Sie Ihre Patienten an von Ihnen organisierten Charity-Aktionen?	✗	Nein
58. Falls ja, nennen Sie Beispiele.	✗	Keine Angabe
59. Hier den Nachweis erbringen. (Upload)	✗	Kein Upload
60. Ist dieses Engagement für Patienten dargestellt?	✓	Nicht gewünscht
61. Eine oder mehrere dieser Maßnahmen sind in Planung / zukünftig gewünscht.	✓	Ja
62. Raum für eine Nachricht an uns, falls Sie es wünschen.	✓	Angabe vorhanden
<b>Punkte in diesem Teilbereich:</b>		165

**Erläuterung und Definition**

Die Anzahl der STERNE ergibt sich aus allen Antworten, Nachweisen, Selbstauskünften und Statements der fünf gleichgewichteten Bereiche.

Die Auszeichnung ist in Abstufungen unterteilt (ein bis fünf Sterne).

"Bemerkenswerte Praxiskultur" (51 – 60 Prozent der zugrundeliegenden Gesamtpunktzahl)	★	<b>Ein Stern</b>
"Gute Praxiskultur – eine Empfehlung wert" (>60 – 70 Prozent der zugrundeliegenden Gesamtpunktzahl)	★★	<b>Zwei Sterne</b>
"Sehr gute Praxiskultur, muss man weiterempfehlen" (>70 – 80 Prozent der zugrundeliegenden Gesamtpunktzahl)	★★★	<b>Drei Sterne</b>
"Hervorragende und nachgewiesene Praxiskultur – verdient besondere Beachtung" (>80 – 90 Prozent der zugrundeliegenden Gesamtpunktzahl)	★★★★	<b>Vier Sterne</b>
"Beste Praxiskultur – über alle Bereiche dokumentierte und gelebte Vorbildlichkeit" (>90 Prozent der zugrundeliegenden Gesamtpunktzahl)	★★★★★	<b>Fünf Sterne</b>

**Nutzungsdauer:**

Die freie Nutzung des Praxis+Award QUALITÄTSSIEGEL ist auf 12 Monate ab dem Vergabezeitpunkt (siehe oben) begrenzt – z. B. von VI / 2017 bis V / 2018.

**Zertifikatsherausgeber und Träger:**

Das Praxis+Award Initiativbüro Hamburg ist der Herausgeber und Träger des Zertifikats / der Auszeichnung. A+® Award GmbH - Praxis+Award Initiativbüro Hamburg - Hegestraße 40 - 20251 Hamburg - Telefon 040 – 22 820 747 - Fax 040 – 22 820 747 9

**Dokumentenprüfung**

Die Antworten und Nachweise der Einreichung zur Erlangung des QUALITÄTSSIEGEL des Praxis+Award wurden an die acert GmbH als zugelassene Prüfungsstelle übermittelt. Diese überprüft die Angaben inhaltlich auf Vollständigkeit der gemachten Angaben und auf die eingereichten Dokumente. acert berichtet an das +award-Initiativbüro.

**Zugelassene Zertifizierungsstelle:**

acert GmbH - Semmelweisstraße 62 - 90482 Nürnberg




---

Verantwortlicher Auditor

R.Raack