



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis:	Praxis für Strahlentherapie am Klinikum Worms
Anschrift:	Gabriel-von-Seidl-Str. 81 67550 Worms
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2017-0050 NB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	30.09.2017
 bis:	29.09.2020
Zertifiziert seit:	30.09.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung in der Praxis	7
2 Führung der Praxis	8
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	10
4 Sicherheit in der Praxis	11
5 Informationswesen	12
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	12

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.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pfleger e. V. (DPR). 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 damit verbundenen 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 Praxisführung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit in der Praxis,
- das Informationswesen und
- 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 so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

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

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde der Praxis das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über die betreffende Praxis in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 44 Kriterien des KTQ-Kataloges 2.0.

Wir freuen uns, dass die **Praxis für Strahlentherapie am Klinikum Worms** 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 www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Auf den folgenden Seiten erhalten Sie einen Einblick in die verschiedenen Bereiche unserer Praxis.

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

- 1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit

Regelung für die Terminvergabe liegt vor. Wartezeiten werden über das EDV-system getrackt (Terminzeit und Check-in-Zeit). Die Terminzeiten für die einzelnen Indikationen sind definiert.

- 1.2 Erreichbarkeit der Praxis

Über folgende Wege können Sie uns zusätzlich zu Telefon und Fax erreichen: Mail, Homepage.

- 1.3 Orientierungshilfen

Unsere Räume sind für alle gut lesbar ausgeschildert.

- 1.4 Organisation der Patientenannahme

Der Aufnahme- ist vom Wartebereich getrennt, so wird der Datenschutz eingehalten. Unsere qualifizierten Mitarbeiter nehmen Ihre Daten auf und bitten Sie, im Wartebereich Platz zu nehmen

- 1.5 Anamnese- und Befunderhebung

Wir achten auf eine einheitliche Anamnese-Erhebung. Hierfür haben wir einen Standard erstellt, der von den Ärzten genutzt wird. Wir stellen so sicher, dass schnell alle relevanten Informationen vorliegen.

- 1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses

Die meisten Therapien werden in den interdisziplinären Tumorkonferenzen besprochen. Aktuelle Leitlinien sind selbstverständlich. Jeder Patient hat natürlich die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen. Dies wird unterstützt durch maximale Information des Patienten, um ihm eine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu gewährleisten.

- 1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung

Wichtigste Grundlage ist eine regelmäßige Fortbildung, um eine aktuelle Entscheidungsgrundlage zu erhalten. Darüber hinaus finden Leitlinien Berücksichtigung. Hilfsmittel werden nach den Vorgaben des Hilfsmittelkataloges verordnet.

- **1.8 Patientenschulung**

In unserer Praxis werden keine Patientenschulungen benötigt und nicht angeboten.

- **1.9 Patientenaufklärung und -Information**

Unsere Patienten werden durch den behandelnden Arzt aufgeklärt. Die Dokumentation erfolgt umgehend in der EDV.

- **1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche**

Für den Übergang in andere Versorgungsbereiche liegt ein Standard vor. So wird gewährleistet, dass die weitere Versorgung bei anderen Kollegen fließend und mit allen nötigen Informationen weitergehen kann.

2 Führung der Praxis

- **2.1 Leitbild**

Das Leitbild unserer Praxis gibt uns eine Orientierung, wie wir mit unseren Patienten und untereinander umgehen wollen. Wir sind bestrebt, dies auch umzusetzen. Stets Freundlichkeit in der alltäglichen Hektik zu bewahren und die Würde teils schwieriger Patienten zu achten, ist uns ein wichtiges Anliegen. Hierdurch kann es mitunter zu zeitlichen Ablaufstörungen kommen, welche wir jedoch den wartenden Patienten zu vermitteln versuchen.

- **2.2 Entwicklung der Zielplanung**

Grundlage unserer jährlichen Zielplanung sind die BWA-Zahlen. Ziel ist, die Praxis auf dem derzeitigen Niveau zu halten und weiter auszubauen. Hierfür werden u.a. auch die Zahlen der internen Qualitätssicherung herangezogen.

- **2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten**

Wir haben die Verantwortlichkeiten in unserer Praxis definiert und eine sogenannte Verantwortlichkeiten-Matrix angelegt.

- **2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

Der Umgang untereinander ist in unserem Leitbild festgelegt. Wir wissen, dass wir nur gemeinsam und unter kollegialen Bedingungen unsere Ziele erreichen. Unser Team zeichnet aber vor allem die sehr gute Zusammenarbeit aus.

- **2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes**

Auf der Grundlage des Rentabilitätsberichtes werden die aktuellen Zahlen mit denen des Vorjahres verglichen. Die Zuständigkeit für den Einkauf ist eindeutig geregelt: damit sind verschiedene Mitarbeiter beauftragt, die auch die Lagerbestände kontrolliert und auffüllt. Einnahmen und Ausgaben, einschl. der Fixkosten, werden innerhalb der BWA analysiert und mit den Vorwerten verglichen. Darauf basiert die Planung.

- **2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien**

Wer für die Bestellungen zuständig ist, ist in einer Tabelle schriftlich festgelegt. Die Verteilung der Zuständigkeiten wurde mit allen Mitarbeitern besprochen.

- **2.7 Umweltschutz**

Grundsätzlich werden die hygienischen Grundsätze eingehalten. Der in der Praxis anfallende Müll wird nach den gültigen Vorschriften entsorgt oder recycelt. Ein schriftlicher Standard "Abfallentsorgung" liegt vor. Die Reinigungskraft wurde von der externen Hygienefachkraft eingewiesen. Selbstverständlich beteiligen wir uns an der Mülltrennung.

- **2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen / Praxisgemeinschaften**

Fortlaufende Besprechungen unter den Ärzten garantieren reibungslose Informationsflüsse und somit eine kontinuierliche Patientenversorgung.

- **2.9 Information der Praxisleitung**

Wir führen regelmäßige Teambesprechungen durch, die protokolliert werden. Dr. Waziri nimmt an allen Besprechungen teil und informiert das Praxisteam bzw. lässt sich informieren. Dringende Probleme werden kurzfristig geklärt.

- **2.10 Soziale Kompetenzen / Ethik**

Im Leitbild steht, wie wir miteinander und den Patienten umgehen. Diese Grundsätze gelten für uns in unserem täglichen Handeln, sowohl untereinander als auch gegenüber unseren Patienten.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

- 3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Die Personalplanung erfolgt u.a. anhand der Vorgaben der Strahlenschutzrichtlinie. Weiterhin wird die Stellenbesetzung der internen Organisation / dem Bedarf angepasst. Externe Vertretungen werden so vermieden.

- 3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Stellenbeschreibungen der einzelnen Arbeitsplätze wurden von den Mitarbeitern erarbeitet und liegen zur Einsichtnahme vor.

- 3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Wir haben festgelegt, wie mit Fort- und Weiterbildungen umzugehen ist. Ebenso ist geregelt, welche Fortbildungen unbedingt besucht werden müssen, z.B. Reanimations- Fortbildung, Strahlenschutz ein Mal pro Jahr.

- 3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Die Aufteilung, wer zu welcher Fortbildung geht, wird intern geregelt. Alle Ärzte nehmen an den Pflichtfortbildungen teil. Regelm. Besprechungen unter den Ärzten finden statt.

- 3.5 Ausbildung

Wir orientieren uns an der Ausbildungsverordnung. Für die Auszubildenden stehen wir immer zur Verfügung.

- 3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Unsere Arbeitszeiten richten sich in erster Linie nach den Öffnungszeiten. Die Arbeitszeiten sind schriftlich geregelt. Auch der Umgang mit Überstunden wurde einvernehmlich geregelt.

- 3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter liegen detaillierte Arbeitsplatzbeschreibungen vor, die ggf. Punkt für Punkt vermittelt werden.

- **3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden**

Mitarbeiterideen können in den Teambesprechungen vorgebracht werden. Die Teambesprechungen werden dokumentiert. Sollte der Wunsch bestehen, z.B. Kritik "unter vier Augen" anzubringen, so ist dies jederzeit möglich.

4 Sicherheit in der Praxis

- **4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz**

Die Belange rund um den Arbeitsschutz haben wir an einen externen Sicherheitsingenieur vergeben. Bei Verletzungen während der Arbeitszeit werden die Angestellten zum Durchgangsarzt überwiesen.

- **4.2 Verfahren zum Brandschutz**

Wir nehmen einmal alle drei Jahre an einer Brandschutzunterweisung teil. Die feuertechnischen Anlagen unserer Praxis werden regelmäßig gewartet.

- **4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement**

Wir haben beschlossen, Schulungen rund um das Thema Notfall zur Pflichtschulung zu erklären. Alle müssen daran teilnehmen. Das Vorgehen bei Notfällen wurde schriftlich geregelt.

- **4.4 Hygiene in der Praxis**

Wir lassen uns in Hygienefragen von einer externen Hygienefachkraft beraten. Umfangreiche schriftliche Anweisungen stellen eine hygienegerechte Versorgung unserer Patienten sicher.

- **4.5 Anwendung von Arzneimitteln**

Die Anwendung von Arzneimitteln ist gesichert, angebrochene Tropfen werden mit Verfallsdatum versehen, der Bestand wird regelm. kontrolliert und dokumentiert.

- **4.6 Anwendung von Medizinprodukten**

Wir haben in unserer Praxis eine Mitarbeiterin damit beauftragt, sich um die Medizinprodukte zu kümmern. Sie ist auch dafür zuständig, darauf zu achten, wann die Geräte wieder gewartet werden müssen. Die Wartung wird von einer externen Firma vorgenommen.

- **4.7 Absicherung der Praxisräume**

Der Erhalt des Schlüssels muss schriftlich bestätigt werden - bei Ausscheiden muss der Schlüssel selbstverständlich wieder abgegeben werden. Die Rückgabe wird dokumentiert.

5 Informationswesen

- **5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Wir achten darauf, dass die Patientendaten gewissenhaft und korrekt geführt werden. Hierzu wurde eine für alle verbindliche Anweisung erlassen, welche genau regelt, wie und wann zu dokumentieren ist.

- **5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes**

Datenschutz ist uns sehr wichtig. Eine Regelung zum Datenschutz schreibt fest, wie genau mit den Daten unserer Patienten verfahren werden muss. Sie ist für alle verbindlich und bei allen Mitarbeitern bekannt. Wir haben zwei Datenschutzbeauftragte schriftlich benannt.

- **5.3 Einsicht von Patientendaten**

Jeder Patient kann selbstverständlich Einsicht in seine Akte nehmen.

- **5.4 Nutzung einer Informationstechnologie**

Wir arbeiten mit einem modernen EDV System, welches über einen Server miteinander verbunden ist. Die Datensicherung wird täglich durchgeführt. Das Vorgehen ist schriftlich geregelt.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

- **6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement**

Eine Mitarbeiterin ist Qualitätsbeauftragte. Trotzdem betrachten wir das Qualitätsmanagement natürlich als eine Aufgabe, die alle angeht. Deshalb finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen aktuelle Probleme diskutiert und Neuerungen eingeführt werden (z.B. neue schriftliche Regelungen oder Ergebnisse der internen Qualitätssicherung).

- **6.2 Interne Qualitätssicherung**

Für die interne Qualitätssicherung bedienen wir uns verschiedener Methoden: So kommen neben der Patientenbefragung, dem Beschwerdemanagement, Hygienebegehungen auch die gesetzlich vorgeschriebenen zum Einsatz.

- **6.3 Externe Qualitätssicherung**

Externe Qualitätssicherung erfolgt z.B. durch die Zentren-Arbeit (Tumorkonferenz und Qualitätszirkel). Für die Zertifizierungen und Überwachungsaudits werden relevante Daten und Kennzahlen abgegeben.

- **6.4 Nutzung von Befragungen**

Patientenbefragungen finden bei uns statt. Wir haben festgelegt, dass die Ergebnisse in der Teambesprechung offen diskutiert werden und daraufhin - wenn erforderlich - Verbesserungen eingeleitet werden.

- **6.5 Beschwerdemanagement**

Das Beschwerdemanagement ist schriftlich geregelt. Eingehende Beschwerden werden in den Teambesprechungen analysiert.