



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis:	Strahlentherapie am Klinikum Worms
Betriebsstättennummer:	
Anschrift:	Gabriel-von-Seidl-Straße 81 67550 Worms
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0068 NB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	30.09.2014
bis:	29.09.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	3
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung in der Praxis	7
2 Führung der Praxis	9
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	11
4 Sicherheit in der Praxis	12
5 Informationswesen	13
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	14

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 Rettungsdiensteinrichtungen.

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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). 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.

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

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

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 **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

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

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. Unsere Wartezeiten sind sehr kurz, sodass Sie schnell behandelt werden können.

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 Patientenschulungen

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. Der Arzt-Patienten-Kontakt ist meist sehr regelmäßig und häufig. Anstehende Untersuchungen oder Behandlungen werden hier besprochen.

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. Reanimationsfortbildung, 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

In unserer Praxis wird keine Ausbildung angeboten.

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. Ein Einarbeitungskonzept wurde erstellt.

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 ein Mal 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 Arzneimittel

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 Zentrenarbeit (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.