



Praxis für
Kinderkardiologie



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis: Praxis für Kinderkardiologie
Anschrift: Balger Straße 50
76532 Baden-Baden

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0113 NB

**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche

Gültig vom: 01.01.2016
bis: 31.12.2018

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	9
4 Sicherheit in der Praxis	9
5 Informationswesen	10
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	10

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) und der Deutsche Pflegerat 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-Dachverband, 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 Kinderkardiologie in Baden Baden** 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

Vorwort der Einrichtung

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Grundlage unseres medizinischen Handelns ist die Sorge um das leibliche und seelische Wohl der Patienten und ihrer nächsten Angehörigen in ihrem speziellen sozialen Umfeld.

Bei der Betreuung chronisch kranker Patienten wird die medizinische Handlung zur Begleitung. Dabei gelten die Grundsätze der Genfer Deklaration des Weltärztebundes (Genfer Gelöbnis) in der Nachfolge des Hippokratischen Eids.

Dieses Arztgelöbnis ist seit 1950 gleichzeitig die Präambel der Berufsordnung der deutschen Ärztekammern. Wir freuen uns, Ihnen in diesem Bericht einen kurzen Einblick in die Abläufe unserer Praxis geben zu dürfen.

Ihr Praxisteam Dr. Irtel von Brenndorff.

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit

Die Terminvergabe ist in einer schriftlichen Verfahrensanweisung geregelt. Wir vergeben die Termine in festgelegten Intervallen.

1.2 Erreichbarkeit der Praxis

Wir sind erreichbar über: Homepage, Mail, Telefon, Fax.
Die Verantwortlichkeit für die Überarbeitung der Homepage ist festgelegt.

1.3 Orientierungshilfen

In der Praxis sind Schilder angebracht. Da der Anteil der fremdsprachigen Patienten sehr gering ist, besteht kein Bedarf an fremdsprachigen Schildern.

1.4 Organisation der Patientenannahme

Die Patienten-Annahme ist im Handbuch festgelegt. Die Patienten werden über eventuelle Störungen im Praxisablauf informiert, gegebenenfalls werden priorisierte Alternativangebote gemacht.

1.5 Anamnese- und Befunderhebung

Der Umgang mit Befunden ist in einer VA geregelt. Die Anamnese wird vom behandelnden Arzt geführt.

1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses

Wir orientieren uns an den Vorgaben der aktuellsten Leitlinien. Der Zugriff auf Leitlinien und Stufenpläne erfolgt über:
Internet und lokal abgespeicherte Leitlinien.
Jedem Patienten wird die Möglichkeit gegeben, innerhalb des Arzt Patientengesprächs auf die Maßnahmen Einfluss zu nehmen.

1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung

Rezepte werden entsprechend des Heil- und Hilfsmittelkataloges ausgestellt.
Therapiepläne werden indikationsabhängig mitgegeben. Die Zeiträume der Ergebnisüberprüfung sind indikationsabhängig.
Generell werden die Behandlungsergebnisse anhand von zum Beispiel Sono/Doppler oder klinischer Kontrollen durchgeführt.

1.8 Patientenschulung

Schulungen werden im Sinne von Anleitungen angeboten und finden immer indikationsbezogen statt.

1.9 Patientenaufklärung und -Information

Die Patientenaufklärung und -information erfolgt über festgelegte Aufklärungsbögen sowie innerhalb des Gespräches.

1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Eine entsprechende Verfahrensanweisung wurde im Handbuch angelegt.

2 Führung der Praxis

2.1 Leitbild

Ein Leitbild liegt vor. Wir diskutieren dieses 1x/Jahr innerhalb der Teamsitzungen.

2.2 Entwicklung der Zielplanung

Die Zielplanung erfolgt einmal pro Jahr (neu eingeführt) kennzahlenbasiert. Bei der Zielplanung orientieren wir uns auch am Leitbild.

2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten

Wir haben alle Verantwortlichkeiten definiert und im Handbuch hinterlegt.

2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Die Praxisführung hat sich bewusst für Mitarbeitergespräche entschieden. Entsprechende Vorgaben und Vorlagen liegen im Handbuch vor. Führungsgrundsätze sind in unserem Leitbild integriert.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Planung erfolgt bei Bedarf auf Grundlage der (regelmäßig) quartalsweise erstellten BWA in enger Kooperation mit Steuer- und Finanzberater.

2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien

Die Verantwortlichkeit ist im Handbuch festgelegt. Die Regelungen sind im Handbuch enthalten und allen Mitarbeitern zugänglich.

2.7 Umweltschutz

Wir beachten den Umweltschutz auch bei der Beschaffung soweit medizinisch vertretbar. Entsprechende Pläne liegen vor.

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen / Praxismgemeinschaften

Es finden regelmäßige Besprechungen zwischen den beiden Ärzten statt. Das Handbuch wurde von beiden Ärzten freigegeben.

2.9 Information der Praxisleitung

Teambesprechungen finden einmal pro Monat statt. Die Themensammlung erfolgt. Fehler und Beinahe-Fehler werden besprochen. Die Teambesprechungen werden protokolliert.

2.10 Soziale Kompetenzen / Ethik

Im Leitbild sind ethische Aspekte berücksichtigt. Darin lassen sich alle Mitarbeiter der Praxis messen. Das Leitbild wurde mit allen Mitarbeitern besprochen. Darüber hinaus finden Fallbesprechungen bei konkreten Anlässen statt.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Die Mitarbeiter können bei Personalfragen mitentscheiden.
Anzahl und Qualifikation des Personals entsprechen den Bedürfnissen.

3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Die Mitarbeiterqualifikationen sind in den Stellenbeschreibungen vorhanden. Die Beschreibungen wurden neu erstellt und werden jährlich aktualisiert.

3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Die Fort- und Weiterbildungen werden in einer Verfahrensanweisung geregelt. Externe Fortbildungsangebote werden ausgelegt, so dass die Mitarbeiter diese sehen und gegebenenfalls besuchen können.

3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Wir nehmen an diversen Qualitätszirkeln und Fortbildungen teil. Die für die Praxis definierten Pflichtfortbildungen (Brandschutz, Reanimation und so weiter) werden auch von den Ärzten besucht. Der Praxisinhaber ist Gründer, Moderator und Organisator des Qualitätszirkels Kinderkardiologie „Rheintal“.

3.5 Ausbildung

Wir bilden in unserer Praxis nicht aus.

3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Die Arbeitszeiten sind im Arbeitsvertrag und in den Stellenbeschreibungen festgelegt. Überstunden werden abgefeiert.

3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter liegt ein Konzept vor. Am Ende der Einarbeitung findet ein Abschlussgespräch statt.

3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Unsere Mitarbeiter können Wünsche innerhalb der Teambesprechungen oder direkt mit den Ärzten besprechen. Wir legen Wert auf eine hohe Mitarbeitermotivation z.B. durch offene und vertrauensvolle Kommunikation.

4 Sicherheit in der Praxis

4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz ist bei uns über das Klinikum mit geregelt. Anweisungen für Gefahrstoffe, Unfallmeldungen und weitere Gesetze liegen vor.

4.2 Verfahren zum Brandschutz

Wir nehmen regelmäßig an Brandschutzunterweisungen teil. Die Ausstattung entspricht den Vorgaben.

4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Das Notfallmanagement ist festgelegt. Wir nehmen regelm. an Notfallschulungen teil. Der in der Praxis vorhandene Notfallkoffer wird regelm. überprüft.

4.4 Hygiene in der Praxis

Eine Hygienebeauftragte ist benannt. Stellenbeschreibung liegt vor. Jährliche Hygieneunterweisungen finden statt.

4.5 Anwendung von Arzneimittel

Die korrekte Lagerung unserer Medikamente wird regelmäßig überprüft und dokumentiert.

4.6 Anwendung von Medizinprodukten

Für die Umsetzung des Medizinproduktegesetzes wurde eine Beauftragte benannt. Alle geforderten Unterlagen und Protokolle liegen vor.

4.7 Absicherung der Praxisräume

Für die Vergabe der Schlüssel wurde eine Unterschriftenliste angelegt. Die Schlüssel sind alle kopiergeschützt und entsprechen den Sicherheitsstandards.

5 Informationswesen

5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Für die Patientendokumentation liegt eine Regelung vor. Die Dokumentation erfolgt immer zeitnah in das EDV-System.

5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Der Datenschutz ist bei uns geregelt. Die Aufgabe des Beauftragten übernimmt Frau Dr. Rummer.

5.3 Einsicht von Patientendaten

Jeder Patient hat nach Rücksprache mit den Ärzten das Recht, seine Akte einzusehen.

5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Wir arbeiten mit einem modernen EDV-System. Die Datensicherung erfolgt täglich.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Für QM-Themen sind grundsätzlich alle Mitarbeiter zuständig. Hauptverantwortlich ist jedoch Frau Giedt. Dies ist in unserer Verantwortlichkeiten-Matrix festgelegt. Darüber hinaus werden alle qm-relevanten Themen in den Teambesprechungen diskutiert (z.B. Ergebnisse der Befragungen, das Beschwerdemanagement, Überarbeiten von Anweisungen usw.). Die Besprechungen werden protokolliert. Für die Aufgaben von Frau Giedt wurde eine Aufgabenbeschreibung erstellt.

6.2 Interne Qualitätssicherung

Die Durchführung und die Instrumente der internen Qualitätssicherung sind in der "VA Interne Qualitätssicherung" geregelt. Verantwortlich ist die Qualitätsbeauftragte, s. Aufgabenschreibung.

6.3 Externe Qualitätssicherung

Es werden in Qualitätszirkeln qualitätsrelevante Punkte besprochen, sowie Fortbildungen durchgeführt.

6.4 Nutzung von Befragungen

Patientenzufriedenheit ist uns wichtig und gibt uns Potenzial für Verbesserungen. Die Ergebnisse und Maßnahmen werden in unseren Teambesprechungen diskutiert.

6.5 Beschwerdemanagement

Der Umgang mit Beschwerden ist schriftlich festgelegt. Anregungen, Wünsche, Beschwerden werden über den Beschwerde-Bogen erfasst und ausgewertet. Kommunikation erfolgt in den Teambesprechungen. Bögen für die Rückmeldungen liegen aus.