

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis:	Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH Gesundheitszentrum Premnitz GmbH
Betriebsstättennummer:	MDZ: 797441500, 797444500, 830056600, 830056700, GZP: 797442900 IK-Nr. 441202712 (Physiotherapie GZP)
Anschrift:	Dallgower Straße 9 • 14612 Falkensee Ketziner Straße 20 • 14641 Nauen Lindenallee 4 • 14641 Nauen / OT Wachow, Behnitzer Dorfstrasse 46 • 14641 Nauen / OT Groß Behnitz Gerhard-Hauptmann Straße 1 • 14727Premnitz
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2018-0050 NBVN
durch die KTQ-GmbH, Berlin	
Gültig vom:	29.06.2018
bis:	28.06.2021

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	6
1 Patientenorientierung in der Praxis	7
2 Führung der Praxis	9
4 Sicherheit in der Praxis	10
5 Informationswesen	11
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	12

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind 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 spezifischen 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 haben sich die Praxen zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch einen KTQ®-Visitor eine externe Prüfung der Praxen – 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.

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 **Medizinisches Dienstleistungszentrum Havelland GmbH und das Gesundheitszentrum Premnitz GmbH** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



MEDIZINISCHES DIENSTLEISTUNGSZENTRUM HAVELLAND KLINIKEN UNTERNEHMENSGRUPPE



Liebe Patientinnen und Patienten,

unser Medizinisches Dienstleistungszentrum und unser Gesundheitszentrum Premnitz wurden mit dem KTQ-Qualitäts-Zertifikat ausgezeichnet. Wir freuen uns sehr darüber, denn das Qualitätssiegel bestätigt unsere tagtäglichen Anstrengungen im Qualitätsmanagement.

Qualität bedeutet für uns nicht nur medizinische Diagnostik und Therapie auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft, sondern umfasst viele weitere Aspekte, die für unsere Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige wichtig sind. Angefangen von der Sicherheit in der Praxis, den Hygienemaßnahmen, der Fortbildung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bis hin zur Ausstattung und Organisation unserer Praxen.

Der nachfolgende „KTQ-Qualitätsbericht“ zeigt, wie viele Details unserer Praxen und Abteilungen hinsichtlich ihrer Qualität überprüft wurden und welche Anstrengungen wir unternehmen, um kontinuierlich besser zu werden. Wir hoffen, dass Sie damit einen guten Einblick in unsere Arbeit erhalten. Falls Sie Fragen dazu haben, stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.



Unsere Praxisteamer behandeln und betreuen jährlich mehr als 35.000 Patientinnen und Patienten. Wir arbeiten eng mit den anderen Gesellschaften der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe und dabei besonders mit den Kliniken in Nauen und Rathenow zusammen.

Sollte also einmal ein Krankenhausaufenthalt nötig sein, so profitieren unsere gemeinsamen Patienten von einem besonders reibungslosen Behandlungsablauf und einer abgestimmten Vorbereitung und Nachsorge.

Gleichzeitig planen und realisieren wir im Rahmen der Havelland Kliniken Unternehmensgruppe ein unternehmensweites Qualitätsmanagement, so dass unsere ambulanten Praxen im Medizinischen Dienstleistungszentrum und im Gesundheitszentrum Premnitz in vielerlei Hinsicht dieselben Qualitätsstandards erfüllen, wie sie sonst in stationären Einrichtungen gelten, beispielsweise im Bereich Hygiene und im Bereich Arbeitsschutz.

Wir wollen, dass Sie von unserer Qualität profitieren. Aber vor allem anderen wollen wir, dass Sie gesund werden und bleiben!

Ihr Team des Medizinisches Dienstleistungs- und Gesundheitszentrums

Jörg Grigoleit, Geschäftsführer

Annegret Randa, Geschäftsführerin

Die KTQ-Kriterien

für das Nebenverfahren Niedergelassener Bereich 2.0 in der vernetzten Zertifizierung mit den Hauptverfahren Havelland-Kliniken KTQ-Katalog 2015

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit

Die Terminvergabe, unter Berücksichtigung angemessener Wartezeiten, ist geregelt und erfolgt persönlich oder telefonisch in der Praxis. Die Verantwortung tragen die medizinischen Fachangestellten oder Servicekräfte im Patientenservice bzw. Physiotherapeuten. Mit dem Patienteneinbestellsystem können wir die Termine einhalten. Für Notfallpatienten besteht Vorrang. Je nach Fachrichtung finden auch Sprechstunden für unbestellte Patienten statt. Die Frequenz der Terminvergabe wird durch den praxisleitenden Arzt festgelegt.

1.2 Erreichbarkeit der Praxis

Die örtliche, telefonische und persönliche Erreichbarkeit ist während der Sprechstundenzeiten der Praxen sichergestellt. Außerhalb der Sprechzeiten erhalten unsere Patienten per Anrufbeantworter die aktuellen Notfall- und Vertretungsrufnummern.

Im Internet steht ausreichend Informationsmaterial bzgl. Erreichbarkeit der Praxen (Anfahrtsskizze) zur Verfügung. An allen Standorten herrscht Barrierefreiheit.

1.3 Orientierungshilfen

Die Räumlichkeiten in den Praxen sind durch Symbole und Raumbezeichnungen beschildert. Unsere Mitarbeiter sind durch ihre einheitliche Arbeitsbekleidung und ihr Namensschild erkennbar. Informationsmaterial liegt im Wartezimmerbereich aus. Dieses gibt Auskunft über das Leistungsspektrum aller Praxen sowie aktuelle Informationen zum Praxisstandort.

1.4 Organisation der Patientenannahme

Unsere Patienten werden im Patientenservice von einer medizinischen Fachangestellten oder einer Servicekraft, in der Physiotherapie durch die Therapeuten, empfangen. An jedem Standort wird durch einen Diskretionsabstand die Intimsphäre des Patienten gewahrt. Im räumlich getrennten Wartebereich befinden sich ausreichend Sitzgelegenheiten, Getränke, Zeitschriften und Informationsmaterial. Kinder haben im MDZ Falkensee die Möglichkeit, die Wartezeit im separaten Kinderwartebereich zu verbringen. In allen anderen Praxen ist eine kleine Spielecke im Wartezimmer eingerichtet.

1.5 Anamnese- und Befunderhebung

Eine Betriebsanweisung regelt den Umgang mit Vorbefunden und die Weiterleitung eigener Befunde. Für die Behandlung unserer Patienten bitten wir um Überbringung von vorhandenen Voraufnahmen und Befunden. Ansonsten erfolgt eine Anforderung beim bislang behandelnden Arzt mit Einverständniserklärung durch den Patienten. Im Arzt-Patienten-Gespräch wird durch einen standardisierten Erstanamnesebogen bei jedem neuen Patienten die Krankheitsvorgeschichte erfragt. Maßnahmen der Diagnostik und Therapie werden ausführlich erklärt.

1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses

Der Behandlungsprozess wird anhand der individuellen Bedürfnisse und der besonderen Situation des Patienten festgelegt. Die ärztliche Behandlung orientiert sich an den Leitli-

nien der jeweiligen Fachgesellschaften. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden entsprechend eingeleitet, nachdem der Patient ausführlich aufgeklärt wurde. Weiterhin besteht die Möglichkeit des Aufzeigens von alternativen Behandlungsmöglichkeiten. Bei weiterführender Diagnostik bzw. Therapie, die außerhalb unseres Spektrums liegen, erfolgen Überweisungen zum Facharzt oder Einweisungen in ein geeignetes Krankenhaus.

1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung

Bei der Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln richten sich alle Ärzte (Therapeuten) nach den Maßgaben der Hilfsmittelversorgung. Jeder Patient erhält die ihm zustehende Therapie angemessen und zeitnah. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln erfolgt direkt über die Praxis oder mittels entsprechender Rezepte, die in einer Kooperationsapotheke, dem Apothekenservice sowie in einem ansässigen Sanitätshaus eingereicht werden können. Weiterhin werden Physio- und Ergotherapie vor Ort angeboten. Für die korrekte Einnahme der Medikamente erhalten unsere Patienten sowohl mündlich als auch schriftlich die Einnahmemodalitäten benannt. Die Kontrolle der Therapie erfolgt im Arzt-Patienten-Gespräch.

1.8 Patientenschulung

Unseren Patienten und Angehörigen bieten wir im Rahmen von Disease-Management Programmen Schulungen in Kooperation mit externen Schulungsanbietern an. Weiterhin können die allgemein zugänglichen Klinikveranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür, Pflegetag) genutzt werden. Zudem besteht die Möglichkeit der Vermittlung an Selbsthilfegruppen.

1.9 Patientenaufklärung und -Information

Die Aufklärung erfolgt umfassend durch den Arzt mittels standardisierten Aufklärungsbögen im Arzt-Patienten-Gespräch. Das Gespräch wird in der digitalen Patientenakte dokumentiert. Diagnostische Ergebnisse können in der Telefonsprechstunde oder mit dem Arzt besprochen werden. Eine Patientenaufklärung vor operativen Eingriffen erfolgt durch den behandelnden Arzt anhand eines standardisierten OP-Aufklärungsbogen. Zur Behandlung von Kindern wird die Einverständniserklärung der Eltern bzw. des Bevollmächtigten eingeholt. Impfaufklärungen liegen an allen Standorten aus. über die erfolgte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahme bzw. Aufklärung erfolgt ein Vermerk in der digitalen Patientenakte.

1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Bei der Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung werden unseren Patienten alle für sie relevanten Befunde in Kopie mitgegeben. Auf Wunsch geben wir den Patienten Empfehlungen und händigen notwendige Telefonnummern und Adressen aus. Je nach Dringlichkeit erfolgt die direkte Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus. Im Projekt "Arztentlastende, Gemeindenähe, E-Health gestützte, Systematische Intervention 2" erfolgt ein Schnittstellen- und Fallmanagement.

2 Führung der Praxis

2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten

Die Verantwortlichkeiten sind eindeutig geregelt und in einem Organigramm abgebildet. Unsere Mitarbeiter sind entsprechend ihrer Verantwortungsbereiche und Aufgabengebiete fachlich qualifiziert. Es liegen hierfür Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen sowie Verfahrensanweisungen vor. Die Regelungen der Verantwortlichkeiten sind unseren Mitarbeitern bekannt und jederzeit im Intranet einsehbar.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Verantwortlich für die Festlegung einer Strategie hinsichtlich Finanz- und Investitionsplanung ist die Geschäftsführung. Es wird jährlich ein Wirtschaftsplan für das Folgejahr im Unternehmen erstellt. Darin enthalten sind der Erfolgsplan, der mittelfristige Investitions- und Finanzplan sowie der Stellenplan. Der Wirtschaftsplan basiert auf den einzelnen Erlös- und Kostenpositionen gesamt und wird auf die Kostenstellen (Arztpraxen) heruntergebrochen. Der Bedarf für Investitionen wird jährlich ermittelt und im Wirtschaftsplan berücksichtigt.

2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien

Die ablauforganisatorischen Regelungen für die Bestellung von Medizinprodukten und Praxismaterialien sind in einer Beschaffungsordnung geregelt. Die nötigen Formulare stehen den Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung. Wir pflegen einen ökonomisch ressourcenorientierten Umgang bei der Beschaffung.

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen / Praxisgemeinschaften

Eine wirkungsvolle Arbeitsweise zwischen den ärztlichen Partnern wird durch den permanenten Austausch in den Dienstberatungen sichergestellt. Regelmäßig finden übergreifende Dienstberatungen mit dem Geschäftsführer, dem ärztlichen Leiter und der Verwaltungslleitung statt. Die Ergebnisse der Besprechungen werden allen Mitarbeitern zur Kenntnisnahme in den Teambesprechungen zur Verfügung gestellt. Die Struktur, Verantwortlichkeiten und Dokumentationspflicht der Dienstberatungen sind in einer Geschäftsordnung geregelt.

4 Sicherheit in der Praxis

4.7 Absicherung der Praxisräume

Zur Absicherung der Praxisräume gibt es eine schriftliche Regelung, welche Maßnahmen und Vorkehrungen zu beachten sind. Weiterhin wird der Kopierschutz der Schlüssel gewährleistet. Beim Ausscheiden von Mitarbeitern und Neueinstellungen erfolgt eine Dokumentation der ausgegebenen und zurückerhaltenen Schlüssel.

5 Informationswesen

5.3 Einsicht von Patientendaten

Das Einsichtsrecht unserer Patienten haben wir intern geregelt. Unsere Patienten haben selbstverständlich jederzeit die Möglichkeit, in ihre Patientenakte Einsicht zu nehmen, jedoch nicht in die handschriftlichen Arztdokumentationen.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.2 Interne Qualitätssicherung

Wir bieten unseren Patienten ein qualitativ hochwertiges Angebot an Diagnostik und Therapie an. Um dies abzusichern, arbeiten wir nach internen Regelungen, die kontinuierlich überprüft und aktualisiert werden. Weitere Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung sind Begehungen, Befragungen und Fach-Audits. In regelmäßigen Team- und Mitarbeitergesprächen kommunizieren wir mögliche Verbesserungsmaßnahmen.

In der MDZ und GZP ist ein regelmäßiges Reporting etabliert, welches ggf. auch dem Erkennen von Fehlentwicklungen dient.