



AKADEMISCHE LEHRPRAXISKLINIK DER TU DRESDEN
KARDIOLOGIE · ANGIOLOGIE · RADIOLOGIE · NUKLEARMEDIZIN



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog PRAX-MVZ 3.0

Praxen-MVZ:	Praxisklinik Herz und Gefäße
Anschrift:	Forststraße 3 01099 Dresden
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2019-0032 PRAX-MVZ VB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	20.11.2019
bis:	19.11.2022

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	6
1. Patientenorientierung	6
2. Mitarbeiterorientierung	9
3. Sicherheit - Risikomanagement	11
4. Informations- und Kommunikationswesen	13
5. Unternehmensführung	14
6. Qualitätsmanagement	16

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 und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

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.

Die Beiratsmitglieder der KTQ-GmbH sind die Bundesärztekammer (BÄK) - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

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 Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung 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 sogenannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung 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 48 Kriterien des KTQ-Kataloges PRAX-MVZ 3.0.

Wir freuen uns, dass die **Praxisklinik Herz und Gefäße in Dresden** 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. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

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

Seit ihrer Gründung im Jahre 1992 hat sich die Praxisklinik Herz und Gefäße zu einer der bekanntesten fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften Deutschlands auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Medizin entwickelt. Hohe Behandlungsqualität als Bestandteil einer effizienten Versorgung – das ist heute das Markenzeichen der Einrichtung. Dabei soll das Prinzip „ambulant vor stationär“ bei der qualitätsgesicherten Behandlung von Herz-Kreislauf-Patienten verwirklicht werden.

Im Dezember 1992 eröffneten Fachärzte in Dresden die Gemeinschaftspraxis in der Bautzner Straße. Für die stetig wachsende Einrichtung wurde das Gebäude bald zu klein, und deshalb zog die Gemeinschaftspraxis in einen neu errichteten Komplex in der Forststraße 3.

Zudem entstanden ausgelagerte Betriebsstätten in den Räumlichkeiten des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt, Standort Weißer Hirsch: die Funktionsbereiche Rhythmologie, Nuklearkardiologie, Katheterlabor und Radiologie/Nuklearmedizin. Der elektrophysiologische Bereich bietet mit einem Messplatz nach modernster Medizintechnik eine präzise und umfangreiche Diagnostik und Therapie für Patienten mit Herzrhythmusstörungen. Zwei Herzkathetermessplätze nach neuestem Standard erlauben noch schonendere Möglichkeiten der Gefäßdiagnostik und -therapie.

Im November 2002 bestätigte die Sächsische Landesärztekammer der Gemeinschaftspraxis das Vorliegen der Voraussetzungen für die Bezeichnung Praxisklinik. Schon frühzeitig hatte die Einrichtung den Nachweis erbracht, dass sie mit großer Zuverlässigkeit auf dem Gebiet der invasiven Kardiologie als ambulanter Leistungserbringer praxisklinische kurzstationäre Leistungen erbringt, mit denen sie einen Vergleich mit den stationären Leistungserbringern im Freistaat nicht zu scheuen braucht.

Die hohe Qualität der medizinischen Versorgung und das Engagement der Gesellschafter in der Studen-tenausbildung führte im Oktober 2005 zu der Verleihung des Titels "Akademische Lehrpraxisklinik der Technischen Universität Dresden". Damit ist die Einrichtung anerkannte Ausbildungsstätte für das Praktische Jahr im Medizinstudium.

Im Jahr 2011 wurde die Medizinische Klinik im Klinikum Weißer Hirsch des Städtischen Krankenhauses Dresden-Neustadt in Kooperation mit der Praxisklinik Herz und Gefäße mit dem Gütesiegel „Chest-Pain Unit-DGK zertifiziert“ ausgezeichnet. Durch diese Kooperation besteht am Standort die Möglichkeit zur kompletten Abklärung des Brustschmerzes an einem Ort inklusive eines modernsten 64-Zeiler-Kardio-CTs. Die Rezertifizierung erfolgte im Herbst 2014.

Weiterhin wird seit Jahren unter Nutzung von Großgeräten an mehreren Standorten in der Stadt Dresden mit modernen MRT- und CT-Technologien sowie nuklearmedizinischen Verfahren durch die Einrichtung radiologische und nuklearmedizinische Diagnostik betrieben. Schwerpunkte sind Untersuchungen des Herzens, des Gefäßsystems, der Schilddrüse und der Nieren.

Mittlerweile sind rund 150 Mitarbeiter in der Praxisklinik tätig, und die größte kardiologisch-angiologische Praxisklinik der neuen Bundesländer ist aus der sächsischen Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken.

Von mehreren Krankenkassen ist die Praxisklinik als ein Kernleistungserbringer in diverse Projekte zur Selektivversorgung eingebunden worden.

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit, Terminvergabe und Patientenaufnahme

Unsere Einrichtung ist während der Öffnungszeiten ganztägig telefonisch zu erreichen. Die Abteilungen der Praxisklinik befinden sich an verschiedenen Standorten in Dresden. Diese sind mit dem ÖPNV problemlos zu erreichen und sehr gut ausgeschildert. Auf der Web-Seite der Praxisklinik sind Stadtplan-Link, Anfahrtsskizzen und -beschreibungen einsehbar. Die Einrichtungen haben behindertengerechte Zugänge und verfügen über Fahrstühle, die auch für Transportliegen geeignet sind. Die Terminvergabe erfolgt telefonisch, schriftlich oder persönlich und individuell auf den Patienten abgestimmt. Unser Ziel ist es, die Wartezeiten gering zu halten. Daher erfolgt die Vergabe EDV-gestützt. Im Kalender sind für alle Leistungsarten und Ärzte konkrete Terminvorgaben definiert. Die Vergabe liegt in der Verantwortung der Rezeption unter Aufsicht und Kontrolle der Vertragsärzte. Hat der Patient akute Beschwerden, kann er nach Voranmeldung durch seinen Hausarzt in der Akutsprechstunde betreut werden. Das Katheterlabor ist 24-h verfügbar.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung der Patienten orientiert sich an aktuellen Leitlinien und Standards. Die ärztlichen Leiter und angestellten Ärzte nehmen regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen statt und kommunizieren Neuerungen der Leitlinien an die Kollegen. Die Abläufe der Praxisklinik sind in Standards beschrieben, welche regelmäßig geprüft werden

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten.

Die Patienten werden über die Art und Weise der Behandlung und über eventuell damit verbundene Risiken aufgeklärt. Vor aufklärungspflichtigen Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen wie beispielsweise Katheteruntersuchung oder Ballondilatation wird unter Anwendung der zugelassenen standardisierten Aufklärungsbögen ein umfassendes ärztliches Aufklärungsgespräch geführt und dokumentiert.

1.1.4 Behandlungsumfeld.

Die Patienten werden an der Rezeption oder in der Patientenaufnahme von qualifiziertem Personal empfangen, anschließend werden die Patienten in die entsprechenden Sprechstunden verwiesen bzw. auf Station gebracht. Die Wartebereiche sind modern gestaltet; Zeitschriften, Tagesspresse und Informationsflyer der Praxisklinik liegen aus.

Getränke stehen in Form von Wasserspendern für die Patienten zur Verfügung. Im Fall von längeren Wartezeiten oder Verzögerungen werden die Patienten informiert.

1.2.1 Diagnostisches Procedere.

Für jede Abteilung existiert eine standardisierte Anamneseerhebung, bei der die wesentlichen Angaben zur Vorgeschichte des Patienten, insbesondere bezüglich der kardiologischen bzw. angiologischen Erkrankung erhoben werden. Vorbefunde aus den Bereichen unserer Einrichtung wie z. B. der Kardiologischen Ambulanz, dem Katheterlabor oder der Nuklearkardiologie sind jederzeit aktuell im PC einsehbar. Externe Vorbefunde werden bei der Anamneseerhebung erfragt oder angefordert. In unserer Praxisklinik orientieren sich die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an den Vorgaben evidenzbasierter Medizin und erfolgen nach schriftlich standardisierten Stufenplänen. Im Arztgespräch werden sie dem Patienten unter Einbeziehung möglicher Alternativen ausführlich erläutert. Zusätzlich haben die Patienten die Möglichkeit, sich durch Patientenschulungen und in der Praxis ausliegendes Informationsmaterial über Diagnostik und Behandlung zu informieren.

1.3.1 Diagnostik und Behandlung.

Die Behandlungsplanung erfolgt nach Erhebung aller notwendigen Befunde und unter Berücksichtigung der relevanten Vorbefunde. Es erfolgt eine sorgfältige Medikamentenanamnese. Nach Festlegung der aktuellen Therapie wird diese zunächst mit dem Patienten besprochen und dann in schriftlicher Form dem weiterbehandelnden Arzt und / oder dem Hausarzt mitgeteilt. Auf Wunsch des Patienten wird ihm eine Kopie des Untersuchungsbefundes ausgehändigt. Befunde und Therapiemaßnahmen werden in der Praxissoftware gespeichert.

1.3.2 ambulante Versorgung in der Praxis.

Die Aufnahme geplanter Patienten erfolgt über die Patientenaufnahme, die Aufklärung erfolgt im Rahmen vorgeschalteter Ambulanzvisiten. Am Tag des Eingriffs erfolgt nochmal ein Gespräch mit dem diensthabenden Arzt. Es liegen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zur präoperativen Vorbereitung vor. Nach dem Eingriff erhält jeder Patient ein Arztgespräch, wo auch der Befundbrief übergeben wird. Hier hat der Patient die Möglichkeit Fragen zu stellen.

1.4.1 Interdisziplinarität der Behandlung.

Patientenfaktoren und der Patientenwille werden, soweit bekannt dokumentiert und während des gesamten Behandlungsprozesses berücksichtigt. Zuweiser werden durch

schriftliche Befundberichte informiert. Für Rückfragen sind den Zuweiser die entsprechenden Telefonnummern bekannt. Quartalsweise bietet die Praxisklinik Qualitätszirkel an, welche auch für den interdisziplinären Dialog genutzt werden.

1.4.2 Therapeutische Prozesse.

Nach Festlegung der aktuellen Therapie wird diese mit dem Patienten besprochen und in schriftlicher Form dem Mitbehandler mitgeteilt. Patienten erhalten bei Bedarf einen aktuellen Therapieplan, Neuverordnungen werden falls erforderlich rezeptiert. Für unsere Patienten bieten wir neben Hypertonieschulungen auch Schulungen zur Selbstkontrolle der Blutgerinnung und monatliche Vorträge zu kardiologisch relevanten Themen an.

1.4.3 Übergang zur stationären Behandlung.

Für die überwiegende Zahl der behandelten Patienten kann durch die Praxisklinische Behandlung ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Bei erforderlicher Notfall-einweisung erfolgt die Anmeldung des Patienten von Arzt zu Arzt. Bei akuten Notfällen erfolgt die sofortige Bestellung eines Rettungswagens, ggf. zusätzlich eines Notarztes. Geplante stationäre Behandlungen werden strukturiert zwischen der Einbestellungsabteilung der Praxisklinik und der Einbestellungsabteilung des betreffenden Herzzentrums koordiniert.

1.5.1 praxisübergreifende Organisation.

Alle Patienten werden nach ambulanten invasiven Maßnahmen mit Arztbrief, ggf. Rezept und überbrückender Medikation entlassen. Der Transport erfolgt auf Basis eines Krankentransportscheins für Taxi. Bei Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung erfolgt eine Krankenhauseinweisung. Alle Patienten werden beim Entlassgespräch über das weitere Verhalten aufgeklärt. Für spezifische Fragen steht Informationsmaterial zur Verfügung, das im praxisklinischen Bereich ausliegt. Im Notfall können die Patienten jederzeit mit der praxisklinischen Station oder dem diensthabenden Arzt Kontakt aufnehmen. Der Patient wird im Bedarfsfall über mögliche Selbsthilfegruppen (z.B. Herz-sportgruppen) informiert und bekommt entsprechende Kontaktmöglichkeiten.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf Personalschlüssel sind für alle Abteilungen festgelegt. Änderungen im Leistungsspektrum sowie absehbare Fehlzeiten führen zu einer Anpassung der Personalschlüssel. Das Personalauswahlverfahren erfolgt stellenbezogen entsprechend der erforderlichen Qualifikationsanforderung. Monatlich angebotene Weiterbildungen ermöglichen den Mitarbeitern eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung. Die Teilnahme an externen Fortbildungen muss durch den abteilungsführenden Gesellschafter genehmigt werden.

2.1.2 Personalentwicklung

Der Fort- und Weiterbildungsbedarf wird durch Befragung der Mitarbeiter, Beurteilung der individuellen Arbeitsleistungen und unter Berücksichtigung der Entwicklung medizinischer Leitlinien ermittelt. Die Bedürfnisse der Mitarbeiter sind eine der Grundlagen für die Planung der Fort- und Weiterbildung. Der Fort- und Weiterbildungsbedarf wird u.a. in Mitarbeitergesprächen und Teamsitzungen erfasst. Bei Neueinstellungen erfolgt neben der Befragung der Mitarbeiter auch eine Befragung der Mentoren. Mitarbeitergespräche inkl. Beurteilung finden einmal jährlich statt.

2.1.3 Einarbeitung

Für alle Abteilungen liegen Einarbeitungspläne vor. Neue Mitarbeiter bekommen während der Einarbeitungszeit einen Mentor zur Seite, der ihn unterstützt. Während der Einarbeitungszeit finden mehrere Feedback-Gespräche statt, um den Stand der Einarbeitung zu evaluieren.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Praxisklinik bildet jährlich Medizinische Fachangestellte aus. Inhalte der Ausbildung sind im praktischen Ausbildungsplan hinterlegt und mit den schulischen Inhalten abgestimmt. Der interne Weiterbildungsplan wird jährlich erstellt und ist auf das Leistungsspektrum der Praxisklinik ausgerichtet. Externe Fort- und Weiterbildungen können nach Beantragung und Genehmigung durch den ärztlichen Leiter wahrgenommen werden. Die Praxisklinik ist Weiterbildungsstätte für die Ausbildung zum Facharzt Innere Medizin / Kardiologie und Facharzt für Innere Medizin / Angiologie sowie Nuklearmedizin.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance.

Die Einsätze der Mitarbeiter werden mind. einen Monat im Voraus per Dienstplanerstellung geplant. Mitarbeiterwünsche werden unter Berücksichtigung der Gleichbehandlung und der betrieblichen Gegebenheiten geplant. Die Einhaltung der Arbeitszeiten wird mittels elektronischer Zeiterfassung überwacht. Überstunden werden in der Regel durch Freizeit abgegolten.

2.1.6 Ideenmanagement

Innovationsvorschläge der Mitarbeiter werden zunächst auf Abteilungsebene mglw. unter Einbeziehung von Leitungsmitarbeitern (Pflegedienstleitung, Personalleitung, kaufmännischer Leiter, IT) diskutiert und bewertet. Bei positiver Bewertung soll im direkten

Gespräch zwischen Mitarbeiter, ggf. Leitungsmitarbeiter und Gesellschafter die Umsetzbarkeit geprüft werden, so dass die Transparenz gewährleistet ist.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des Risikomanagements

Die Gesellschafter entscheiden, welche Instrumente des Risikomanagements genutzt werden. Ziel des gelebten Risikomanagements ist es, Risiken, wirtschaftlich wie Behandlungstechnisch zu vermeiden bzw. zu verringern. Genutzt werden dabei unter anderem Qualitätssicherungsbögen, SOPs für verschiedene Untersuchungsmethoden, Leistungsstatistiken, etc..

3.1.2 Medizinisches Notfallmanagement

In allen Abteilungen der Praxisklinik ist eine Notfallausrüstung vorhanden, welche regelmäßig kontrolliert wird. Reanimationsschulungen werden jährlich angeboten und sind für alle Mitarbeiter patientennaher Bereiche Pflichtveranstaltungen.

3.1.3 Hygiene

In allen Abteilungen hängen Desinfektions-, Hautschutz- und Handschuhpläne aus. Der Hygieneplan ist im Intranet der Praxisklinik für alle Mitarbeiter einsehbar. Diese werden regelmäßig auf Aktualität überprüft. Im praxisklinischen Bereich erfolgen regelmäßig Begehungen durch den Krankenhaushygieniker und der Hygienefachschwester. Jährlich finden Hygieneunterweisungen statt, welche für alle Mitarbeiter Pflicht ist. Die Aufbereitung von Mehrweg-Gebrauchsmaterialien ist im Hygieneplan sowie im Desinfektionsplan dokumentiert.

3.1.4 Arzneimittel

Die fachgerechte Lagerung, der Zugang sowie die Entsorgung von Arzneimitteln erfolgt nach Arzneimittelgesetz sowie nach Vorgaben des RKI. Infusionen, Perfusionen, Injektionen werden nach entsprechenden Ausbildungsinhalten, dem Hygieneplan und nach Erlangen eines Zertifikates im ärztlichen Delegationsrecht bzw. nach ärztlicher Anordnung fachgerecht zubereitet und in Anwesenheit eines Facharztes verabreicht. Sterilgut wird je nach Verpackung staubgeschützt, verschlossen aufbewahrt. Alle Verbrauchsmaterialien und Arzneimittel werden nach Chargennummer und Verbrauchsdatum kontrolliert und sortiert bzw. aussortiert.

3.1.5 Medizinprodukte

Durch die Geschäftsleitung wurden Gerätebeauftragte Mitarbeiter benannt. Ein Bestandsverzeichnis aller medizin-technischen und nicht-medizinischer Geräte ist erstellt und wird gepflegt. Die Erst- und Folgeunterweisung in neue medizin-technische Geräte ist geregelt und wird in den Gerätebüchern dokumentiert. Messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen werden je nach Intervall nach Vorgaben durchgeführt und protokolliert. Der Umgang mit Leih- und Testgeräten ist in einem Standard-Dokument der Praxisklinik geregelt.

3.2.1 Arbeitsschutz

Von der Geschäftsleitung wurden Mitarbeiter zu Arbeitssicherheitsbeauftragten benannt. In Zusammenarbeit mit einer Arbeitssicherheits-Ingenieurin und einer Betriebsärztin finden einmal jährlich Arbeitssicherheits-Begehungen statt und werden protokolliert. Die In-

tervale für die betriebsärztliche Untersuchung sind für die einzelnen Berufsgruppen festgelegt und werden eingehalten. Der Umgang mit Arbeits- und Wegeunfällen ist beschrieben und den Mitarbeitern bekannt. Gefährdungsbeurteilungen und Gefahrstoffverzeichnisse sind für alle Abteilungen erstellt und werden regelmäßig aktualisiert. Jährlich finden Strahlenschutz- und Arbeitssicherheitsunterweisungen statt.

3.2.2 Brandschutz

Die Alarmierungsketten für den Brandfall sind in allen Abteilungen definiert und hängen aus. Die Rettungswege sind gekennzeichnet. Bei Einstellung erhält jeder Mitarbeiter eine Erstunterweisung zum Brandschutz, darüber hinaus ist Brandschutz ein Thema der jährlichen Arbeitssicherheitsunterweisung. Im Rahmen der jährlichen Begehung zur Arbeitssicherheit werden auch Brandschutzaspekte mit geprüft.

3.2.3 Datenschutz

Eine Datenschutzbeauftragte wurde von der Geschäftsleitung benannt. Die DSB führt jährlich eine Unterweisung zum Datenschutz für alle Mitarbeiter durch. Verträge zur Auftragsdatenverarbeitung liegen vor, bei der Erstellung oder Prüfung neuer Verträge zu Auftragsverarbeitung wird die DSB mit einbezogen. Der datenschutzgerechte Umgang mit Patientenakten (digital und in Papierform) ist in Verfahrensanweisungen beschrieben und den Mitarbeitern bekannt. Eine Verfahrensanweisung regelt den Ablauf zur Einsichtnahme durch den Patienten in seine Patientenakte.

3.2.4 Umweltschutz

Alle Abteilungen verfügen über einen Abfallplan, welcher die sachgemäße Trennung von Abfall regelt. Alle Mitarbeiter achten auf umweltbewusstes Handeln. Bei der Anschaffung neuer Reinigungs- und Desinfektionsmittel wird der Umweltaspekt berücksichtigt.

3.2.5 Sicherheit der Praxis

Gefährdungsanalysen wurden für alle Bereiche in Zusammenarbeit mit einer Arbeitssicherheits-Ingenieurin erstellt und werden regelmäßig aktualisiert. Die Ausschilderung von Flucht- und Rettungswegen erfolgt vorschriftsmäßig. Die Standorte der Praxisklinik sind mit Schlüsselsystemen ausgestattet. Die Schlüsselverwaltung liegt bei der Assistentin der Geschäftsführung sowie der Pflegedienstleitung.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Mitarbeiter der IT koordinieren die gesamte EDV und andere elektronischen Systeme der Praxisklinik. Bei Erneuerungen und Erweiterungen stehen Sie dabei in enger Abstimmung mit der Geschäftsleitung. Eine tägliche Datensicherung wird durchgeführt und ein USV-Betrieb an den Standorten sichert einen störungsfreien Ablauf der Systeme. Patientendaten werden auch elektronisch erfasst und gespeichert, die Mitarbeiter wurden in die entsprechenden Systeme eingewiesen.

4.2.1 Dokumentation

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt in der Patientenakte und im Praxisklinikinformationssystem, woraus sich auch der Arztbrief generiert. Vorbefunde bzw. externe Befunde werden in die Patientenakte integriert. Schnittstellen zwischen weiteren Dokumentationsbereichen (DICOM) und der elektronischen Akte gewährleisten eine Vernetzung der Systeme und die Verfügbarkeit der Befunde in der elektronischen Akte. Die Abrechnung der ambulanten Leistungen erfolgt in einem PVS, das über verschiedenen Statistik- und Kontrolltools verfügt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt zeitnah. Als Aufbewahrungsfrist gelten für die Papierakte 10 Jahre, elektronisch gespeicherte Daten (im PKIS) werden nach 30 Jahren gelöscht. Ein umfangreiches Berechtigungskonzept ist etabliert und regelt den Zugriff auf Patientendaten.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Definierte Informationswege / Leitungsstrukturen und festgelegte Besprechungen sichern eine zeitnahe Information der Leitung über aktuelle Geschehnisse. Die Ansprechbarkeit der Abteilungsleiter und Geschäftsführung ist sichergestellt.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Es sind zahlreiche Besprechungen mit unterschiedlichen Teilnehmerkreisen etabliert um eine zeitnahe Information der Entscheidungsträger zu gewährleisten. Mitarbeiter der Rezeption / Aufnahme empfangen den Patienten und erheben Patientendaten nur im notwendigen Umfang und unter Beachtung der Diskretion. Die Begleitung der Patienten auf die Station bzw. die farbliche Gestaltung der unterschiedlichen Wartebereiche helfen den Patienten bei der Orientierung. Die Mitarbeiter haben über das PKIS und das Intranet Zugriff auf relevante Telefonnummern.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Leitbild wurde von den Gesellschaftern, basierend auf den Zielen Qualitäts- und Serviceführerschaft, entwickelt und an die Mitarbeiter kommuniziert.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die abteilungsleitenden Gesellschafter stimmen sich regelmäßig mit den nicht-ärztlichen leitenden Mitarbeiter zu den Abläufen und aktuellen Gegebenheiten ab. Zur Weiterentwicklung der Mitarbeiter werden diese gezielt in neue Aufgaben eingeteilt und ein entsprechendes Mentoring sichergestellt. Mitarbeitergespräche werden 1x jährlich angeboten.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Behandlungsrelevante Informationen zu Religion oder Weltanschauung werden erhoben und im Rahmen der Möglichkeiten im gesamten Behandlungsprozess berücksichtigt. Der Umgang mit Patientenverfügungen im stationären Bereich ist in einer Verfahrensanweisung geregelt.

5.1.4 Marketing, Kommunikation

Die Marketingmaßnahmen werden, unter Beachtung der Grenzen durch das HWG und der Berufsordnung, zwischen den Gesellschaftern und einer dafür verantwortlichen Mitarbeiterin abgestimmt. Zur Darstellung der Praxisklinik und deren Leistungsangebot werden verschiedene Medien (Print, Online, Veranstaltungen) genutzt. Bei der Außendarstellung wird auf ein einheitliches CI geachtet.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

In der Praxisklinik besteht eine medizinisch, strategisch und personell ausgerichtete Zielplanung, die unter den Gesellschaftern konsentiert ist.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln

Notwendige Investitionen werden unter den Gesellschaftern diskutiert und beschlossen. Leistungszahlen werden analysiert. Bilanzen werden regelmäßig erstellt und für strategische Entscheidungen herangezogen.

5.2.3 Partnerschaften und Kooperationen, auch Lieferanten und Zuweiser

Für ausgewählte Materialien werden mit den Lieferanten (auf der Grundlage von prognostizierten Untersuchungszahlen und Angebotsvergleichen) Abnahmevereinbarungen getroffen. Selbsthilfegruppen werden unterstützt. Gemeinsam mit dem städtischen Klinikum betreibt die Praxisklinik eine ChestPainUnit.

5.3.1 Innovation und Wissensmanagement

Den Mitarbeitern steht eine Vielzahl aktueller, fachthemenspezifischer Literatur zur Verfügung. Die Gesellschafter beobachten den aktuellen Gesundheitsmarkt sowie die politischen Entwicklungen und richten die Entwicklung der Praxisklinik dementsprechend aus. Die Mitarbeiter sollen ihre Ideen und ihre Erfahrungen einbringen. Sie sind ange-

halten entsprechende Vorschläge an den unmittelbar Vorgesetzten oder zuständigen Gesellschafter heranzutragen.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Für die Begleitung und Umsetzung des Qualitätsmanagement wurde einer der Gesellschafter benannt sowie eine Mitarbeiterin eingestellt. Ausreichende Qualifikationen sind vorhanden. Die Qualitätspolitik und -ziele werden von den Gesellschaftern festgelegt. Alle qualitätsrelevanten Vorgänge werden mit den Gesellschaftern abgestimmt. Die Nutzung verschiedener QM-Instrumente (z.B. Arbeitsanweisungen, Qualitätszirkel, Qualitätsberichte) sichern die Umsetzung und Weiterentwicklung des QM-Systems. Patientenbezogene Prozesse sind in Form von Arbeitsanweisungen, Prozessbeschreibungen oder SOPs definiert. Diese werden von der QMB mit den einzelnen Abteilungen er- bzw. überarbeitet und von abteilungsleitenden Gesellschafter freigegeben. Die Ablaufbeschreibungen werden in der täglichen Routine und mind. alle 3 Jahre auf Aktualität geprüft.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Patientenzufriedenheit wird in schriftlicher, anonymer Form mittels eines standardisierten Fragebogen ermittelt. Die Ergebnisse werden den Gesellschaftern vorgelegt und anschließend den Mitarbeitern bekanntgegeben.

6.2.2 Befragung von Zuweisern, externen Einrichtungen und Lieferanten

Die Zufriedenheit der Zuweiser wird durch die Gesellschafter und angestellten Ärzte im Rahmen von Gesprächen ermittelt. Beschwerden und Rückmeldungen werden an die Gesellschafter weitergeleitet und dort ausgewertet.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird im Rahmen von Mitarbeitergesprächen erfasst.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen.

Die Verantwortung für das Beschwerdemanagement liegt bei der QMB in enger Abstimmung mit den Gesellschaftern. Die Mitarbeiter kennen den Werdegang des Beschwerdemanagements. Eingehende Beschwerden werden erfasst und an den betreffenden Gesellschafter weitergeleitet. Rückmeldungen durch Patienten und Zuweiser dienen der kontinuierlichen Verbesserung und sollen helfen eine Steigerung der Patientenzufriedenheit zu erzielen.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Gemeinsam mit den Gesellschaftern überwacht und begleitet die QMB zahlreiche interne und externe Qualitätssicherungsverfahren. Eine zeitnahe Rückmeldung an die Gesellschafter über die Ergebnisse der Erhebungen sichert eine schnelle Reaktion bei Auffälligkeiten. Interne Instrumente der Qualitätssicherung sind z.B. Qualitätssicherungsbögen, Pflegedokumentation auf der praxisklinikeigenen Patientenkurve, Leistungsstatistiken in den einzelnen Abteilungen, Messung der Echtzeitdosis, regelmäßige Qualitätszirkel, Begehungen in allen Bereichen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Hygiene, Arbeitssicherheit, Datenschutz), Etablierung eines CIRS-Systems. Externe Instrumente

der Qualitätssicherung sind z.B. Qualitätszirkel für Ärzte (unter fachlicher und organisatorischer Leitung der Geschäftsführung), Fallkonferenzen, Analyse und Vergleich (auf Bundesebene) der erbrachten Leistungen durch IQTIG bzw. aus eigenen Erhebungen (unter Zuhilfenahme des Softwaremoduls "QS-Monitor" von Saatmann). Seit 2016 nimmt die Praxisklinik im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Modul "PCI / Koronarangiografie" verpflichtend teil.