



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis: Radiologie Baden-Baden
Praxis Dres. Meier, Stoldt, Ladner, Prof Plathow

Betriebsstättennummer:

Anschrift: Lange Straße 33
76530 Baden-Baden

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2016-0020 NB

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

Gültig vom: 05.05.2016
bis: 04.05.2019

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	10
5 Informationswesen	10
6 Aufbau des Qualitätsmanagements	11

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 **Radiologie Baden-Baden, Praxis Dres. Meier, Stoldt, Ladner, Prof Plathow** 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!

Schön, dass Sie sich für unseren Qualitätsbericht interessieren!

Unser Ziel ist es, Ihnen modernste strahlungsarme Diagnose- und Therapieverfahren der Spitzentechnologie aus Radiologie und Nuklearmedizin schnell, zuverlässig und aussagekräftig zur Verfügung zu stellen. Ihr Aufenthalt in unserer Praxis soll dabei für Sie so angenehm wie möglich sein.

Mit Installation eines zweiten high-end Kernspintomographen (MRT = Magnetresonanztomographen), der Installation einer high-end volldigitalisierten Mammographie und zuletzt des ersten Volumen-CTs (Computertomographen) der Region mit 128-Zeilen kann die Praxis Ihnen in allen radiologisch-nuklearmedizinischen Bereichen Spitzentechnologien bieten und nimmt damit einen Spitzenplatz im süddeutschen Raum ein. Die Praxis führt sämtliche Röntgen- und Durchleuchtungsuntersuchungen durch, bietet das gesamte nuklearmedizinische Spektrum an inklusive einer speziellen Schilddrüsenambulanz und führt seit vielen Jahren erfolgreich hochpräzise bildbasierte Schmerztherapien durch. Mit 4 hochqualifizierten Fach- bzw. Doppelfachärzten garantieren wir höchste Befundungsqualität. Die Praxis ist akademische Lehrpraxis für Radiologie des Universitätsklinikums Heidelberg, qualitätszertifiziert nach KTQ und die offiziell von der Behörde (Kassenärztliche Vereinigung) akkreditierte Mammographiescreening-Einheit der Region Mittelbaden.

Wir verstehen uns als Team für Ihre Gesundheit und so stehen bei aller Technik selbstverständlich die Patientin und der Patient mit seinem Anliegen im Vordergrund. Die individuelle Betreuung während des Praxisaufenthaltes und das Arzt-Patientengespräch sind dabei für uns zentrales Element. Kurze Wartezeiten und schnelle Terminvergaben gehören hierzu ebenso wie ein angenehmes, stilvolles und entspanntes Ambiente.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Informationen zu unserer Praxis und unseren Abläufen.

Falls Fragen offen bleiben, zögern Sie nicht, uns direkt zu kontaktieren.

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit

Für die Terminvergabe sowie das Verhalten bei Notfallpatienten liegt eine schriftliche Anweisung vor. Darin ist für alle verbindlich geregelt, wie z.B. die Termine für bestimmte Untersuchungen zu vergeben sind.

Acura und Praxis: Notfall wird sofort oder am nächsten Tag behandelt. Dies liegt in der Entscheidung des Arztes. Max. Wartezeiten auf Termin: bis max. 7 Tage Röntgen und bis max. 5 Wochen Mammographie in der Praxis, Kernspin: bis max. 10 Tage, aber meist früher.

1.2 Erreichbarkeit der Praxis

Folgende Medien stehen zur Verfügung: Visitenkarte, Flyer, Telefonansage, Homepage. Das Durchstellen von Telefonaten ist in der Verfahrensweisung zur Terminvergabe geregelt (s.1.1). Das Besprechen des AB wird durch einen schriftlich hinterlegten Standardtext gewährleistet.

1.3 Orientierungshilfen

Es finden international gültige Symbole und Zeichen Verwendung.

1.4 Organisation der Patientenannahme

Dies ist geregelt in der VA Terminvergabe. Außerdem haben wir das in unserem Leitbild für alle verbindlich fixiert. An beiden Standorten müssen die Patienten einen Bogen mit diversen Angaben ausfüllen. Dies dient auch dem Schutz der Daten. Gespräche finden mit allen Patienten individuell statt, immer nach der Untersuchung und ggf. bereits vor der Untersuchung.

1.5 Anamnese- und Befunderhebung

Die Anamnese wird indikationsbezogen gestellt (wir betrachten dies als Vorteil gegenüber anderen radiologischen Praxen), die Anamnese wird im Brief dokumentiert. Vorbefunde/Vorbilder werden dabei angefordert oder mitgebracht und berücksichtigt bzw. gehen in die Befundung mit ein.

1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses

Leitlinien werden selbstverständlich berücksichtigt (z.B. S3-LL). Der Zugang zu awmf.de besteht. Teilweise liegen LL auch ausgedruckt vor.

1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung

In der radiologischen Praxis findet ausschließlich Diagnostik statt, keine Behandlung im klinischen Sinn.

1.8 Patientenschulung

Patientenschulungen sind in unserem Fachgebiet nicht erforderlich und werden nicht durchgeführt.

1.9 Patientenaufklärung und -Information

Für bestimmte Untersuchungen müssen die Patienten Bögen ausfüllen. Die Vollständigkeit wird durch das ausführende Personal bzw. den jeweiligen Arzt überprüft.

1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Bei klinischer Indikation werden Patienten nach Rücksprache mit den Krankenhausärzten via Krankentransport oder Rettungsdienst in das Krankenhaus transportiert

2 Führung der Praxis

2.1 Leitbild

Unser Leitbild wurde bereits vor Jahren erarbeitet und jährlich überprüft. Das Leitbild wurde im Wartezimmer und im Internet veröffentlicht um unsere Haltung auch den Patienten gegenüber transparent und diskutierbar zu machen.

2.2 Entwicklung der Zielplanung

Anfang des Jahres erfolgt ein Jahresabschluss, dort strategische und finanzielle Planung.

2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten

Es liegt eine Liste vor, welcher Mitarbeiter für welchen Bereich primärer Ansprechpartner ist.

2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Die Führungsgrundsätze sind im Leitbild fest verankert. Dieses ist auch für die Ärzte und für alle Mitarbeiter verbindlich. Grundsätzlich kann jeder Mitarbeiter jederzeit aktuelle Themen und Probleme mit allen Ärzten besprechen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, aktuelle Themen, auch den Führungsstil betreffend, in der monatlichen, protokollierten Teambesprechung zu klären.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Es finden Jahresabschlussbesprechungen mit dem Steuerbüro und dem Anwalt statt. Diese sind ganztägig. Darüber hinaus erfolgt auch eine zusätzliche Planung unterjährig unter den Ärzten.

2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien

Alle Zuständigkeiten, auch die des Einkaufs, sind bei uns genau festgeschrieben. Ablauf- und Stellenbeschreibungen liegen vor.

2.7 Umweltschutz

Abfälle werden gemäß unserem Plan sortiert und entsorgt.

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen / Praxismgemeinschaften

Aufgrund der Zusatzqualifikationen sind die Bereiche aufgeteilt. Die Arbeitsweise und Abstimmungen sind in einem Gesellschaftervertrag geregelt.

Alle 4 Ärzte sind gleichberechtigt. Regelmäßige Sitzungen unter den Ärzten finden statt. Protokolle werden regelmäßig erstellt und gespeichert, Tagungsordnungen werden zuvor immer erstellt und den Ärzten zugemailt.

2.9 Information der Praxisleitung

Es finden regelmäßige Teambesprechungen unter den Mitarbeitern alle 4 Wochen, falls erforderlich mit den Ärzten ca. alle 6 Wochen statt. Die Sitzungen werden protokolliert.

2.10 Soziale Kompetenzen / Ethik

Im Leitbild sind ethische Aspekte berücksichtigt. Das Leitbild ist klar ersichtlich auf der homepage sowie Flyern. Daran lassen sich alle Mitarbeiter der Praxis messen.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Das Personal wird je nach neuen Aufgaben geplant (z.B. Screening). Ein quartalsweiser Report geht an alle Ärzte.

3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Stellenbeschreibungen liegen vor und werden jährlich aktualisiert.

3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Eine Regelung zum Umgang und zur Planung der Fort- und Weiterbildungen liegt vor. Darin sind auch die Pflichtfortbildungen geregelt (für Ärzte). Fort- und Weiterbildungen werden nach Interesse und Wissensstand individuell festgelegt, Wünsche werden berücksichtigt.

3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Jeder Arzt hat 10 freie Tage für Fortbildungen, die Vertretung erfolgt gegenseitig. Fortbildungen am Wochenende werden als Freizeitausgleich ausgeglichen. Die Konsensuskonferenz im Rahmen des Mammographiescreening findet statt.

3.5 Ausbildung

Ein Ausbildungsplan ist vorhanden. Dieser regelt z.B., welcher Bereich in welcher Zeit erlernt sein muss. Die Ausbildungsverordnung wird beachtet und weitestgehend umgesetzt. Zuständig sind die jeweils Verantwortlichen der einzelnen Geräte und die Ärzte.

3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Arbeitspläne und Arbeitszeiterfassung liegen vor. Es wurde ein völlig neues Erfassungssystem eingeführt.

3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Neueinstellungen bekommen einen Einarbeitungsplan, der zu führen ist, von jener Verantwortlichen des Gerätes.

Neuling und Verantwortliche sind dafür zuständig das die Kenntnisse auch übermittelt werden.

3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Mitarbeiterideen und -beschwerden können im Team geäußert werden oder immer auch in 4-Augen-Gesprächen.

4 Sicherheit in der Praxis

4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Wir haben den Arbeitsschutz fremdvergeben. Alle gesetzlichen Anforderungen werden umgesetzt.

4.2 Verfahren zum Brandschutz

Die Brandschutzvorgaben werden beachtet. Es finden jährliche Unterweisungen statt, die protokolliert werden.

4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Unser Notfallmanagement ist festgeschrieben. Notfallkoffer ist vorhanden und wird regelmäßig überprüft. Schulungen finden regelmäßig statt.

4.4 Hygiene in der Praxis

In beiden Standorten sind Hygienebeauftragte benannt. Hygienepläne liegen vor, Hygieneunterweisungen finden statt.

4.5 Anwendung von Arzneimitteln

Der Meldeweg ist geregelt. Thermolabile Medikamente und andere Medikamente werden entsprechend der Vorgaben gelagert. Die Bestände werden überprüft.

4.6 Anwendung von Medizinprodukten

Die Vorgaben des MPG werden von uns umfänglich erfüllt. Eine MPG-Beauftragte ist benannt.

4.7 Absicherung der Praxisräume

Die Schlüsselentgegennahme und die -abgabe werden dokumentiert.

5 Informationswesen

5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Eine Regelung liegt vor. Darüber hinaus standardisierte Anamnesebögen bei Mammografien, Röntgen- und Schilddrüsenuntersuchungen, CT-, MRT- sowie bei Kontrastmitteluntersuchungen.

Die Befundübermittlung erfolgt innerhalb von 2 Werktagen.

5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

An beiden Standorten ist eine Datenschutzbeauftragte benannt. Datenschutzregelungen liegen vor.

5.3 Einsicht von Patientendaten

Jeder Patient hat das Recht, Einsicht zu nehmen. Dies erfolgt nach Rücksprache mit den Ärzten.

5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Unser EDV-System ist modern ausgestattet. Datensicherung erfolgt täglich.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Über verschiedene Kommunikationsstrukturen sind letztlich alle Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement eingebunden. Für beide Standorte haben wir eine Qualitätsbeauftragte benannt, dies ist in der Tabelle für Verantwortlichkeiten festgelegt. Darüber hinaus wurde für das Zusammenlegen der QM-Strukturen ein externer QB beauftragt, der auch in 2013 die QM-Belange begleitet.

6.2 Interne Qualitätssicherung

Die Durchführung und die Instrumente der internen Qualitätssicherung sind in der "VA In-terne Qualitätssicherung" geregelt. Verantwortlich ist die Qualitätsbeauftragte, siehe Aufgabenschreibung.

Folgende Instrumente werden u.a. angewandt: Beschwerdemanagement, Befragungen, Audits, Wartezeitenerhebung.

6.3 Externe Qualitätssicherung

Die externe QS findet gem. den gesetzlichen Vorgaben statt.

Darüber hinaus: KTQ, Audits(Mammazentrum), Qualitätszirkel, Benchmark der Befragung.

6.4 Nutzung von Befragungen

Die Befragung wurde über ein ext. Institut durchgeführt, welches die Bögen vorgab (Benchmark).

Darüber hinaus haben wir Bögen im Wartezimmer ausliegen.

6.5 Beschwerdemanagement

Das Vorgehen im Beschwerdemanagement ist in der "VA Beschwerdemanagement" festgelegt. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter für die Annahme der Beschwerden verantwortlich. Letzt verantwortlich sind die Ärzte.