

Praxis für  
Chirurgie/Gefäßchirurgie  
Dr. Steffen  
Dr. Grabosch



Westfälisches  
Herz- und  
Gefäßzentrum



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

**Praxis:** Gemeinschaftspraxis Drs. W.Steffen/D.Grabosch  
Fachärzte für Chirurgie/Gefäßchirurgie

**Anschrift:** Senator-Schwartz-Ring 8  
59494 Soest

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>  
mit der Zertifikatnummer:** 2015-0095 NB

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

**Gültig vom:** 06.12.2015  
**bis:** 05.12.2018  
**Zertifiziert seit:** 06.12.2012

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>6</b>
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<sup>®</sup>

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<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> eine externe Prüfung der Praxis – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte vom KTQ-Visitor<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen überprüft.

---

<sup>1</sup> 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 **Gemeinschaftspraxis Dres. W.Steffen / D.Grabosch, Fachärzte für Chirurgie/Gefäßchirurgie** 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](http://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

Am Ärztehaus des Klinikums der Stadt Soest bilden wir als Praxis für Chirurgie/Gefäßchirurgie zusammen mit der Gefäßchirurgischen Praxis „Dr. Selzer“ in Hagen\* und der Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie\* (CA. Dr. Nitschmann) am Klinikum das „Westfälische Herz- und Gefäßzentrum“\*. Hier bieten wir unseren Patienten(innen) das komplette Spektrum der Gefäßmedizin aus einer Hand.

Unserer Gemeinschaftspraxis, ausgestattet mit den modernsten Geräten, ist spezialisiert auf die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des menschlichen Gefäßsystems. Hierzu zählen alle Erkrankungen der Venen, Arterien und des Lymphsystems. Wir verfügen über zwei modern ausgestattete OP`s für die Durchführung unserer ambulanten Operationen. Es stehen alle Möglichkeiten der Anästhesie zur Verfügung. Sollten Eingriffe mit stationärer Überwachung nötig sein, so können wir die Patienten auch kurzfristig in stationäre Betreuung übernehmen.

Ein Schwerpunkt unseres Gefäßzentrums ist die minimal invasive Katheterbehandlung von verengten (pAVK) oder erweiterten (Aneurysmen) Schlagadern mit oder ohne Stenteinlage. In Zusammenarbeit mit unseren radiologischen Partnern werden nicht invasive Gefäßuntersuchungen (MR-, CT- Angiographien) durchgeführt, so dass Ihnen als Patient alle schonenden Verfahren der Diagnostik und Therapie zur Verfügung stehen.

Wir sind als Team bemüht, Sie auf medizinisch höchstem Niveau zu behandeln. Wir legen aber genauso Wert auf einen freundlichen und menschlichen Umgang mit unseren Patienten, so dass Sie sich rundum wohl versorgt fühlen.

\* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

# 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 folgenden Intervallen: Neu-Patienten 30 Minuten, Kontroll-Patienten 15 Minuten  
Wir erheben die Wartezeit 1x/Jahr und leiten Verbesserungsmaßnahmen ab.

### **1.2 Erreichbarkeit der Praxis**

Wir sind erreichbar über: Homepage, Mail, Telefon, Fax. Standardtexte sind im Handbuch hinterlegt.

Die Verantwortlichkeit für die Überarbeitung der Homepage ist festgelegt.

### **1.3 Orientierungshilfen**

In der Praxis sind Schilder mit Text und/oder Nummer 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 füllen während der Wartezeit einen ersten Anamnesebogen aus. 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. Ein Anamnesebogen wird von den Patienten während der Wartezeit ausgefüllt. Die weitere Anamnese wird vom behandelnden Arzt geführt

### **1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses**

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 therapeutischen 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 Labor-Parameter, Sono/Doppler oder klinischer Kontrollen durchgeführt.

### **1.8 fehlt**

### **1.9 Patientenaufklärung und -Information**

Eine entsprechende Verfahrensanweisung wurde im Handbuch angelegt.

### **1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche**

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

## 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 gegen Mitarbeitergespräche entschieden. Grund: das offene Klima zwischen Praxisführung und Mitarbeitern gewährleistet auch Zielvereinbarungen, die andernorts in Mitarbeitergesprächen getroffen werden können. Führungsgrundsätze sind in unserem Leitbild integriert.

### 2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Planung erfolgt spätestens einmal pro Jahr anhand diverser Statistiken. Diese erfolgt unter anderem mit dem Steuerberater.

### 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 über den „Informations-Patienten“ (EDV). 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**

Die Ärzte nehmen an diversen Qualitätszirkeln und Fortbildungen teil. Die für die Praxis definierten Pflichtfortbildungen (Brandschutz, Reanimation und so weiter) werden auch von den Ärzten besucht.

#### **3.5 Ausbildung**

Die Ausbildung erfolgt entsprechend dem Ausbildungsgesetz und den Richtlinien der Bundes- und regionalen Ärztekammern.

#### **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 und durch gemeinsame Aktivitäten wie Ausflüge.

### **4 Sicherheit in der Praxis**

#### **4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz**

Der Arbeitsschutz ist bei uns über das Klinikum Stadt Soest 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 regelmäßig an Notfallschulungen teil. Der in der Praxis vorhandene Notfallkoffer wird regelmäßig überprüft.

#### **4.4 Hygiene in der Praxis**

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

#### **4.5 Anwendung von Arzneimittel**

Infusionen und Injektionen werden fachgerecht angewandt und verabreicht. 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 Dr. Steffen selbst.

#### **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 die QMB Frau Hilgers. Dies ist in der Verantwortlichkeiten-Matrix festgelegt. Darüber hinaus werden alle QM- relevanten Themen in den Teambesprechungen diskutiert (zum Beispiel Ergebnisse der Befragungen, des Beschwerde-Managements, Überarbeiten von Anweisungen und so weiter).

#### **6.2 Interne Qualitätssicherung**

Eine VA Interne Qualitätssicherung im Handbuch liegt vor.

Als Instrumente zur internen Qualitätssicherung nutzen wir u.a.: Erhebungen, Beschwerdemanagement, Überarbeitung der Handbücher, Erhebung der Wartezeiten, freiwilliges externes Audit und so weiter.

#### **6.3 Externe Qualitätssicherung**

Entsprechend den Vorgaben in den Leitlinien der einzelnen Fachgesellschaften, Teilnahme an ergebnisorientierten Qualitätssicherungsprogrammen.

Weiterhin: Teilnahme an Qualitätszirkel der einzelnen Fachgesellschaften, sowie Gespräche der Ärzte untereinander, Röntgenbilder und Fallbesprechungen in wöchentlichen Teamsitzungen mit den Krankenhausfachärzten der Gefäßchirurgie, pathologische Ultraschallbefunde werden durch weiterführende bildgebende Untersuchungen (CT, MRT) verifiziert

## **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.