

SCHWERPUNKTPRAXIS FÜR ONKOLOGIE UND HÄMATOLOGIE
FILIALPRAXIS ISERLOHN

ONKOLOGIEZENTRUM
SOEST-ISERLOHN



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2.0 für Praxen

Praxis: Onkologiezentrum Soest-Iserlohn, Filiale Iserlohn

Anschrift: Hugo-Fuchs-Allee 6
58644 Iserlohn

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2016-0049 NB

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

Gültig vom: 30.09.2016
bis: 29.09.2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Die KTQ-Kriterien	5
1 Patientenorientierung in der Praxis	6
2 Führung der Praxis	7
3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	8
4 Sicherheit in der Praxis	8
5 Informationswesen	9
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 das **Onkologiezentrum Soest-Iserlohn, Filiale Iserlohn** 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

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung in der Praxis

1.1 Terminvereinbarung und Wartezeit

Regelung liegt vor. (Arbeitsplatzbeschreibung Terminvergabe). Für die Terminvergabe sowie das Verhalten bei Notfallpatienten liegt eine schriftliche Anweisung vor. Darin ist für alle verbindlich geregelt, wie z.B. bei Neu- oder Kontrollpatienten zu verfahren ist. Die Dienstsanweisung ist für alle Mitarbeiter über den PC abrufbar und wird jährlich aktualisiert.

1.2 Erreichbarkeit der Praxis

Ein Anrufbeantworter ist vorhanden, ebenso steht ein Fax zur Verfügung. Die Nummer ist den Patienten sowie bei allen relevanten Stellen bekannt. Über einen anfangs automatischen Telefondienst kann man per Tastendruck zu der gewünschten Person kommen.

1.3 Orientierungshilfen

Wir sind erkennbar durch Namensschilder und einheitliche Kleidung.

1.4 Organisation der Patientenannahme

Die "Anweisung zur Terminvergabe und Patientenannahme" schreibt fest, dass "eine zeitnahe, personenunabhängige und patientengerechte Annahme" erfolgen soll. Die Maßnahmen hierzu sowie die Grundsätze im Umgang mit Patienten sind sowohl in der benannten Anweisung als auch in unserem Leitbild fixiert

1.5 Anamnese- und Befunderhebung

Den Umgang mit Befunden regelt die Verfahrensanweisung Umgang mit Befundeingängen. Vorbefunde werden eingescannt. Die Anamnese wird erhoben und dokumentiert. Die Risiken werden hierbei berücksichtigt, die Nutzung der Vorbefunde erfolgt wie unter 1.5.2.1 beschrieben

1.6 Festlegung des Behandlungsprozesses

Die Behandlung erfolgt anhand anerkannter Leitlinien. Diese liegen ausgedruckt vor bzw. sind über das Internet zugänglich. Wir händigen unseren Patienten Therapiepläne aus.

Durch ausführliche Aufklärung und Besprechung der Therapie erhält der Patient eine Entscheidungsgrundlage und kann so Einfluss nehmen.

Die Besprechung ist sehr umfangreich. Der Patient darf immer ablehnen.

1.7 Durchführung einer angemessenen Behandlung

Es werden schriftliche Therapieempfehlungen erstellt. Die Verabreichung der Chemotherapie erfolgt unter strengsten Vorgaben.

1.8 Patientenschulung

Patienten werden von uns angeleitet.

1.9 Patientenaufklärung und -Information

Alle Patienten werden hinreichend aufgeklärt. Die Aufklärung bezieht bei Bedarf auch die medikamentöse Therapie und die Diagnostik mit ein. Die Aufklärung wird dokumentiert.

1.10 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Wir haben festgelegt, welche Dokumente mitgegeben werden müssen.

2 Führung der Praxis

2.1 Leitbild

Das Leitbild unserer Praxis gibt uns eine Orientierung, wie wir mit unseren Patienten und untereinander umgehen wollen. Wir sind bestrebt, dies auch umzusetzen. Stets Freundlichkeit in der alltäglichen Hektik zu bewahren und die Würde teils schwieriger Patienten zu achten, ist uns ein wichtiges Anliegen. Hierdurch kann es mitunter zu zeitlichen Ablaufstörungen kommen, welche wir jedoch den wartenden Patienten zu vermitteln versuchen.

2.2 Entwicklung der Zielplanung

Grundlage unserer jährlichen Zielplanung sind die BWA-Zahlen. Ziel ist, die Praxis auf dem derzeitigen Niveau zu halten. Hierfür werden u.a. auch die Zahlen der internen Qualitätssicherung analysiert und Ziele abgeleitet

2.3 Festlegung von Verantwortlichkeiten

Wir haben die Verantwortlichkeiten in unserer Praxis definiert und eine sogenannte Verantwortlichkeiten - Matrix angelegt

2.4 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Der Umgang untereinander ist im Leitbild fixiert und gilt für alle. Mitarbeitergespräche werden durchgeführt und dokumentiert.

2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Wir führen eine quartalsweise EDV-Statistik sowie jährliche BWA-Zahlen. Aufgrund dieser Zahlen werden weitere Planungen vorgenommen.

2.6 Bereitstellung von Sprechstundenmaterialien

Wer für die Bestellungen zuständig ist, ist festgelegt. Die Verteilung der Zuständigkeiten wurde mit allen Mitarbeitern besprochen

2.7 Umweltschutz

Grundsätzlich werden die hygienischen Grundsätze eingehalten. Der in der Praxis anfallende Müll wird nach den gültigen Vorschriften entsorgt oder recycelt. Ein schriftlicher Standard "Abfallentsorgung" liegt vor. Die Reinigungskraft wurde von der externen Hygienefachkraft eingewiesen. Selbstverständlich beteiligen wir uns an der Mülltrennung

2.8 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Gemeinschaftspraxen /

Praxisgemeinschaften

Regelmäßige Besprechungen stellen sicher, dass die Kommunikation unter den Ärzten reibungslos verläuft und relevante Informationen weitergegeben werden

2.9 Information der Praxisleitung

In den Teambesprechungen werden alle relevanten Informationen weitergegeben und besprochen. Diese finden alle 3 Monate statt und werden protokolliert

2.10 Soziale Kompetenzen / Ethik

Der Umgang mit den Patienten ist in unserem Leitbild fixiert. Ansprüche von ausländischen Patienten werden, wann immer möglich, respektiert. Fallbesprechungen finden statt, besonders bei Problempatienten.

3 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

3.1 Planung des Personals - Personalentwicklung

Das Personal wird je nach neuen Aufgaben geplant. Stellen- und Aufgabenbeschreibungen liegen vor.

3.2 Festlegung der Qualifikationen in der Praxis

Stellenbeschreibungen der einzelnen Arbeitsplätze wurden erarbeitet und liegen zur Einsichtnahme vor

3.3 Fort- und Weiterbildung des Praxispersonals

Wir haben festgelegt, wie mit Fort- und Weiterbildungen umzugehen ist. Ebenso ist geregelt, welche Fortbildungen unbedingt besucht werden müssen, z.B. Reanimations-Fortbildung. Ein Mal pro Jahr wird der Fortbildungsbedarf erhoben. Über besuchte Fortbildungen wird in einer der nächsten Teambesprechungen berichtet, damit auch die anderen Mitarbeiter davon profitieren

3.4 Fort- und Weiterbildung von Praxisinhaber und ärztlichen Mitarbeitern

Sämtliche Fortbildungen, die die Ärzte besuchen, werden von ihnen selbst organisiert. Darüber hinaus gelten die festgelegten Pflichtfortbildungen auch für die Ärzte.

3.6 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Unsere Arbeitszeiten richten sich in erster Linie nach den Öffnungszeiten. Die Arbeitszeiten sind in den Stellenbeschreibungen enthalten. Auch der Umgang mit Überstunden wurde einvernehmlich geregelt.

3.7 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter liegen detaillierte Arbeitsplatzbeschreibungen sowie unser Einarbeitungskonzept vor, die ggf. Punkt für Punkt vermittelt werden sollen

3.8 Umgang mit Mitarbeiterideen und Mitarbeiterbeschwerden

Mitarbeiterideen können in den Teambesprechungen vorgebracht werden. Die Teambesprechungen werden dokumentiert. Sollte der Wunsch bestehen, z.B. Kritik "unter vier Augen" anzubringen, so ist dies jederzeit möglich.

4 Sicherheit in der Praxis

4.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Die Belange rund um den Arbeitsschutz haben wir nach Extern vergeben. Bei Verletzungen während der Arbeitszeit werden die Angestellten zum Durchgangsarzt überwiesen

4.2 Verfahren zum Brandschutz

In unserer Praxis befinden sich Feuerlöscher, die schon anhand des auffälligen Schildes schnell auffindbar sind. Wir nehmen regelmäßig an einer Brandschutzübung teil.

4.3 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Wir haben beschlossen, Schulungen rund um das Thema Notfall zur Pflichtschulung zu erklären. Alle müssen daran teilnehmen. Um auf Notfälle vorbereitet zu sein, steht eine umfangreiche Ausstattung in unserer Praxis zur Verfügung. Der Notfallkoffer wird regelmäßig kontrolliert, die Kontrolle wird dokumentiert.

4.4 Hygiene in der Praxis

Wir lassen uns in Hygienefragen beraten. Umfangreiche schriftliche Anweisungen stellen eine hygienegerechte Versorgung unserer Patienten sicher. Darüber hinaus haben wir eine hygienebeauftragte Mitarbeiterin, die im Praxisalltag auf die Umsetzung unserer Hygienevorgaben achtet.

4.5 Anwendung von Arzneimitteln

Thermolabile Medikamente werden im Arzneikühlschrank der Praxis gelagert und täglich hinsichtlich Haltbarkeit und Kühlungsstatus überprüft. Die Überprüfung wird dokumentiert. Alle geöffneten Tropfen und Salben werden mit dem Öffnungsdatum versehen, sodass wir jederzeit sehen, wie lange das jeweilige Medikament noch haltbar ist.

4.6 Anwendung von Medizinprodukten

Wir haben in unserer Praxis eine Mitarbeiterin damit beauftragt, sich um die Medizinprodukte zu kümmern. Sie ist auch dafür zuständig, darauf zu achten, wann die Geräte wieder gewartet werden müssen. Die Wartung wird von einer externen Firma vorgenommen.

4.7 Absicherung der Praxisräume

Wir besitzen alle einen Schlüssel zur Praxis. Der Erhalt des Schlüssels muss schriftlich bestätigt werden - bei Ausscheiden muss der Schlüssel selbstverständlich wieder abgegeben werden.

5 Informationswesen

5.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Wir achten darauf, dass die Patientendaten gewissenhaft und korrekt geführt werden. Hierzu wurde eine für alle verbindliche Anweisung erlassen, welche genau regelt, wie und wann zu dokumentieren ist.

5.2 Berücksichtigung des Datenschutzes

Datenschutz ist uns sehr wichtig. Eine Regelung zum Datenschutz schreibt fest, wie genau mit den Daten unserer Patienten verfahren werden muss. Sie ist für alle verbindlich und bei allen Mitarbeitern bekannt. Eine Datenschutzbeauftragte ist benannt und wird derzeit fortgebildet.

5.3 Einsicht von Patientendaten

Jeder Patient kann selbstverständlich Einsicht in seine Akte nehmen. Allerdings legen wir Wert darauf, dass dies nur nach Rücksprache mit den Ärzten geschieht.

5.4 Nutzung einer Informationstechnologie

Wir arbeiten mit einem modernen EDV System, welches über einen Server miteinander verbunden ist. Die Datensicherung wird täglich durchgeführt.

6 Aufbau des Qualitätsmanagements

6.1 Einbindung der Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement

Für QM-Themen sind grundsätzlich alle Mitarbeiter zuständig. Hauptverantwortlich sind jedoch unsere Beauftragten. 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 unserer QBs 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 jeweilige Qualitätsbeauftragte, s. Aufgabenschreibung.

6.3 Externe Qualitätssicherung

Die externe QS findet gem. den gesetzlichen Vorgaben statt.

6.4 Nutzung von Befragungen

Patientenbefragungen finden bei uns statt. Wir haben festgelegt, dass die Ergebnisse in der Teambesprechung offen diskutiert werden und daraufhin - wenn erforderlich - Verbesserungen initiiert werden.

6.5 Beschwerdemanagement

Jede Beschwerde ist uns willkommen. Nur so können wir erkennen, wo Handlungsbedarf besteht, und uns kritisch hinterfragen. Wir haben im Wartezimmer standardisierte Erfassungsbögen ausgelegt, in den die Patienten (auch anonym) Beschwerden und Anregungen äußern können. Wir besprechen die Beschwerden offen in den Teambesprechungen.