

DQM-Qualitätsbericht

mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement

zur Anerkennung als Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG



Praxis (kurze Beschreibung der Praxis mit Größe, Einzugsgebiet, Klientel, Patientenzahl und ggf. spezifische Angebote):

Der vorliegende Bericht ist der dritte Qualitätsbericht unserer Praxis.

Nach der erfolgreichen RE-Zertifizierung im Jahr 2012 erreichten wir eine Verstetigung der Qualitätsmanagementarbeit durch die Freistellung von Frau Karolin Ott an einem Tag in der Woche im Dienstplan. Dadurch sind die Checklisten und internen Regelungen stets auf dem aktuellen Stand. Die sehr regelmäßigen Teamsitzungen mit Protokoll und Verantwortlichkeiten führten wir natürlich weiter und unsere alltägliche Arbeit ist ein ständiges Qualitätsmanagement auch wenn man es offiziell nicht so bezeichnet. Permanent erheben wir eine Ist- Analyse und einen Zielwertvergleich und überlegen, wie wir diese dann erreichen können. Dies wird auch in den Teamsitzungen und den Arbeitsgruppenbesprechungen vorgenommen.

Auf Seiten der Praxisleitung erfüllte weiterhin Dr. Mariana Gärtner die Funktionsstellung der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB).

Alle anderen Praxismitarbeiter sind durch konstruktive Mitarbeit in den Praxisteambesprechungen und durch Ausarbeitung vieler Prozessteile am Qualitätsmanagement beteiligt.

In unserer Praxis sind beschäftigt

- eine Diabetesberaterin in Vollzeitstelle, zwei Diabetesberaterinnen in Teilzeit
- eine Diabetesassistentin in Vollzeitstelle,
- eine Wundassistentin DDG in Vollzeitstelle, eine Wundassistentin DDG in Teilzeit
- zwei Arzthelferinnen in Vollzeitstelle,
- eine Praxismanagerin in Vollzeitstelle
- zwei Auszubildende
- eine Reinigungskraft

Unsere Bestrebungen zielen auf

- den Ausbau und Erhalt der Diabetes-Schwerpunktpraxis mit einem Anteil von 50% Diabetes-Patienten,
- die Erhaltung des hohe Niveau unseres Schulungsangebotes,
- den Ausbau der Betreuung der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (Re-Zertifizierung als DDG- Behandlungseinrichtung bereits

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|-----|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

erreicht),

- o weitere Steigerung der Anzahl von Patienten mit Typ 1-Diabetes und Patientinnen mit Gestationsdiabetes.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es uns gelungen, das komplette Praxisteam diabetologisch zu interessieren und zur Weiterbildung auf diesem Gebiet zu motivieren.

Kontinuierlich haben sich Schulungskapazitäten und die gesamte Leistungserbringung im Bereich der Behandlung von Patienten mit Diabetes erweitert (siehe Tabelle).

| | 2011 | 2015 |
|----------------------------------------|------|------|
| Patienten | 1886 | 2290 |
| Fallzahlen pro Quartal im Durchschnitt | | |
| Diabetiker | 638 | 816 |
| Davon Typ 1 | 70 | 90 |

Wobei jedoch als weitere wichtige Basis unserer Praxis die fachlich kompetente und zuvorkommende Betreuung unserer hausärztlichen Patienten keineswegs leidet. Dies ist auch ein wenig der Knackpunkt, weshalb der Anteil an Diabetikern obwohl stetig ansteigend die 50% Marke der Gesamtpatientenzahl nicht erreicht/überschreitet.

An dieser Stelle möchten wir allen Beteiligten danken für die Geduld und das unermüdliche Engagement in der Entwicklung unseres hochwertigen und langfristig wichtigen Qualitätsmanagementsystems.

Jena im August 2016

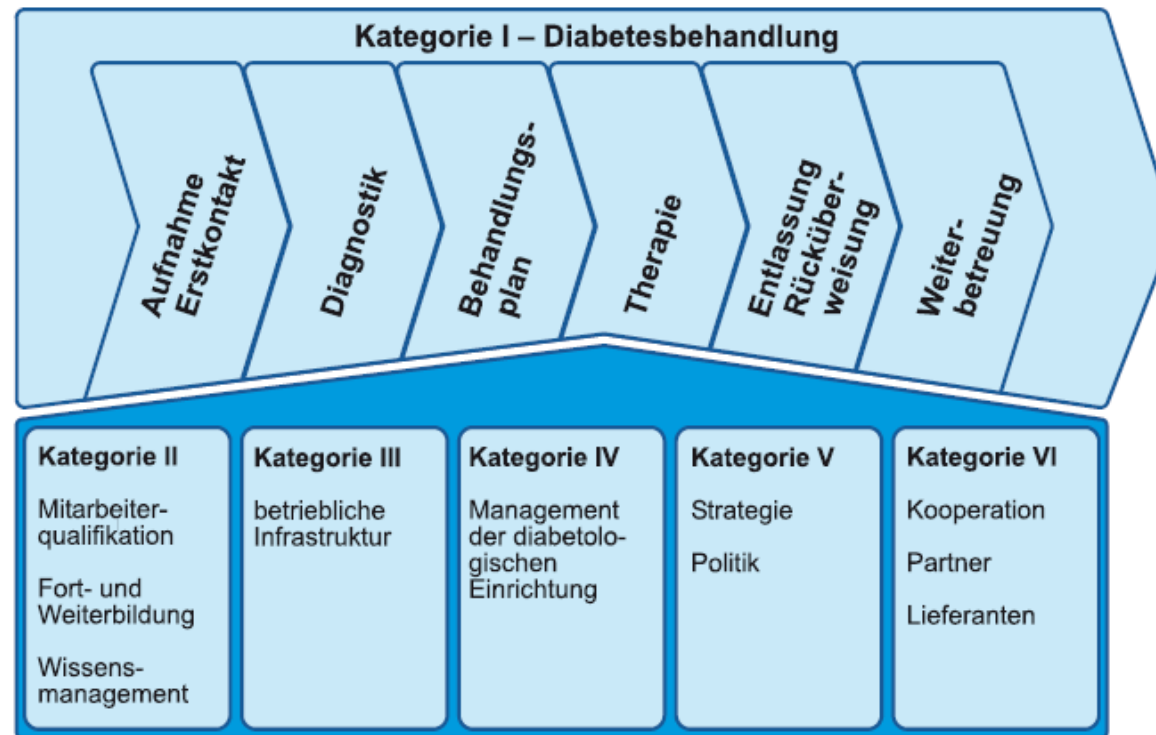
| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | DQM-Erstzertifizierung: 2009 Datum: | Weitere Zertifizierungen der Praxis (z.B. Anerkennung als Fußeinrichtung, DIN ISO, QEP etc.) : Fußbehandlungseinrichtung der DDG QEP |
| | ___ DQM-Rezertifizierung: 2012 Datum: | |

DQM-Qualitätsbericht

mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement
zur Anerkennung als Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG



Diabetes-Qualitätsmodell[®]



| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> | | |
| 1.1.1 | Welche Regelungen hat die Praxis für die Terminvergabe? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeitsanweisung Terminvergabe 2. Checkliste für Dringlichkeit, Notfälle 3. Regelung der Verantwortlichkeiten im Aufnahmebereich 4. Benennung der Zeitfenster für die unterschiedlichen Aufgaben (Erstkontakt oder Wiederholungskontakt) 5. Benennung der Zeitfenster für Notfälle |
| 1.1.1 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1.3.(1)IR Terminvergabe 2. 1.1.3 CL Termindirnglichkeitdiabetologie 3. 3.1.1.Dok2 Aufgabenverteilung 4. 1.1.3 Dok1 Terminvergabe 5. 1.1.3.(1)IR Terminvergabe- Punkt 3. | |
| 1.1.2 | Wie stellen Sie sicher, dass Vorbefunde, Gesundheitspass Diabetes, Blutzuckertagebuch vollständig mitgebracht werden? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationsschreiben an Patienten 2. Informationsschreiben für überweisende Praxis 3. Checkliste Aufnahmedokumente |
| 1.1.2 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1.3.Dok3 Individuelle Bestellzettel 2. 1.1.3.Dok3 Individuelle Bestellzettel 3. wie 1. Und 2. | |
| 1.1.3 | Wie stellen Sie den Schutz der Privatsphäre des Patienten und Datenschutz im Aufnahmeprozess sicher? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Abgeschlossener Raum bzw. angemessener Bereich für das Aufnahmegespräch 2. Datenschutz im Anmelde- und Wartebereich 3. Datenschutz bei eingehenden Telefonaten während des Aufnahmeprozesses |
| 1.1.3 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.2.1 (1) IR WahrungderIntimsphäreinderPraxis 2. 2.2.1 (1) IR WahrungderIntimsphäreinderPraxis 3. 2.2.1 (1) IR WahrungderIntimsphäreinderPraxis | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | |
| 1.1.4 | Wie stellen Sie die Patientenorientierung im Aufnahmeprozess sicher? | 1. Wartezeiten bis zum Termin 2. Wartezeiten in der Praxis, der Aufnahmegrund und das größte Problem bzw. der größte Wunsch des Patienten werden berücksichtigt |
| 1.1.4 | Darstellung der Praxis: | 1. 1.1.3.(1)IR Terminvergabe.doc / 1.1.3 CL Termindirnglichkeitdiabetologie.do 2. 1.1.3.(1)IR Terminvergabe.doc / 1.1.3.(2)IR Wartezeiten |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2.1 | Welche diagnostischen Maßnahmen können in der Praxis erfolgen? | 1. Leistungskatalog der diagnostischen Maßnahmen |
| 1.2.1 | Darstellung der Praxis: 1. 1.1.1. Dok3 Praxiswegweiser | |
| 1.2.2 | Welche Regelungen hat die Praxis für den Diagnostikprozess? | 1. Berücksichtigung mitgebrachter Befunde 2. Arbeitsanweisung/Verfahrensanweisung für spezifische diagnostische Maßnahmen z.B. Erst-/Quartals-/ Jahresuntersuchungen 3. Evaluation der Durchführung diagnostischer Maßnahmen im Hinblick auf Vollständigkeit 4. Einbindung von Leitlinien 5. Regelungen für die weiterführende Diagnostik außerhalb der Praxis |
| 1.2.2 | Darstellung der Praxis: 1. 1.2.3.(1)IR Diagnostische Maßnahmen 2. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan 3. 1.2.3.(1)IR Diagnostische Maßnahmen 4. 1.3.1 (1) IR Therapieentsch.g.u.-plang , 1.3.4 Behandlungspfade, Leitlinien und Evidenzbasierte Medizin 5. 1.2.3.(1)IR Diagnostische Maßnahmen | |
| 1.2.3 | Welche Verantwortlichkeiten sind für den Diagnostikprozess festgelegt? | 1. Zuständigkeiten im Diagnostikprozess sind durch interne schriftliche Regelungen festgelegt 2. Mitarbeiter sind in der korrekten Durchführung diagnostischer Maßnahmen eingewiesen |
| 1.2.3 | Darstellung der Praxis: 1. 3.1.1.Dok2 Aufgabenverteilung 2. 3.1.3 (1) IR Einstellung und Einarbeitung | |
| 1.2.4 | Wie stellt die Praxis die Patientenorientierung im Diagnostikprozess sicher? | 1. Information des Patienten/Angehörigen über Sinn und Zweck der Maßnahmen 2. Verhalten/Vorgehen bei ablehnender Haltung des Patienten/Angehörigen gegenüber diagnostischen Maßnahmen |
| 1.2.4 | Darstellung der Praxis: 1. 2.1.1 (1) IR Aufklärung und Einwilligung 2. 2.1.1 (1) IR Aufklärung und Einwilligung/DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 8 | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.3.1 | Welche Behandlungspfade liegen vor? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Behandlungspfade der häufigsten Krankheitsbilder (mind. 5) 2. Darstellung Schulungsprozess 3. Darstellung Fußbehandlungsprozess |
| 1.3.1 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.3.4 Behandlungspfade Leitlinien 2. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 3. Wundversorgung | |
| 1.3.2 | Welche Regelungen hat die Praxis für die Behandlungsplanung? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeitsanweisung/Verfahrensanweisung für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs 2. Einbindung von Leitlinien und evidence-basierten Empfehlungen 3. Zeitvorgabe für die Abläufe in der Behandlungsplanung 4. Regelungen zur Beteiligung von Kooperationspartnern oder weiteren externen Berufsgruppen am Behandlungsplan |
| 1.3.2 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1.3.(1)IR Terminvergabe.doc / 1.1.3 CL Termindirnglichkeitdiabetologie.do 2. 1.3.4 Behandlungspfade Leitlinien 3. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan 4. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 26 | |
| 1.3.3 | Welche Regelungen hat die Praxis für die Schulungsplanung? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeits- Verfahrensanweisung für die Ermittlung des Schulungsbedarfs 2. Anwendung wissenschaftlich evaluierter Curricula 3. Zeitvorgabe für die Abläufe der Schulungsplanung (Terminplanung, Einbestellung) 4. Zusammensetzung der Schulungsgruppen |
| 1.3.3 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.3.5.(1)IR Notwendigkeit Schulungen .doc 2. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 3. /1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 4. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen | |
| 1.3.4 | Welche Verantwortlichkeiten sind für die Schulungsplanung festgelegt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Zuständigkeiten für die Schulungsplanung (Module, Einladungen, Teilnahme ...) sind durch interne schriftliche Regelungen festgelegt 2. Die Mitarbeiter kennen die Curricula |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.3.4 | Darstellung der Praxis: 1. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 2. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen | |
| 1.3.5 | Wie stellen Sie die Patientenorientierung im Diagnostikprozess sicher? | 1. Transparenz der Behandlungsplanung und Integration des Patienten und seiner persönlichen Bezugsperson 2. Therapie- und Schulungsziele werden mit dem Patienten festgelegt 3. Umgang mit fremdsprachigen Patienten |
| 1.3.5 | Darstellung der Praxis: 1. 2.1.2 (1) IR1 Patientenorientierung 2. 2.1.2 (1) IR1 Patientenorientierung 3. 2.1.2 (1) IR1 Patientenorientierung | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.4.1 | Welche Therapieformen in der Diabetesbehandlung wendet die Praxis an? | 1. Auflistung der Therapieformen |
| 1.4.1 | Darstellung der Praxis: 1. 1.3.1 (1) IR Therapieentschg.u.-plang.doc | |
| 1.4.2 | Welche Regelungen hat die Praxis für die Therapie? | 1. Arbeitsanweisung/Verfahrensanweisung für die Durchführung und Dokumentation der Therapie- und Schulungsmaßnahmen 2. Einbindung von Leitlinien und evidence-basierten Empfehlungen 3. Regelungen zur Beteiligung von Kooperationspartnern und externen Berufsgruppen an der Therapie 4. Regelungen zur Dokumentation und Evaluation (mit Hilfe von Diabetesmanagementprogrammen oder Dokumentation mittels DMP) |
| 1.4.2 | Darstellung der Praxis: 1. 1.3.1 (1) IR Therapieentschg.u.-plang / 1.5.1 (1) IR Sicherung des Therapieerfolges / 1.5.2 (1) IR Praxisint.Ko.u.Kom 2. 2.1.2 (1) IR1 Patientenorientierung 3. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 4. | |
| 1.4.3 | Wie ist der Schulungsablauf geregelt? | 1. Umsetzung der Curricula, Schulungseinheiten 2. Abschlussgespräch 3. Schulungsevaluation 4. Wiedervorstellung |
| 1.4.3 | Darstellung der Praxis: 1. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 2. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 3. in Arbeit 4. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen | |
| 1.4.4 | Welche Regelungen hat die Praxis für die Fußbehandlung? | 1. Häufigkeit 2. Fotodokumentation 3. MRSA-Management 4. Dokumentation 5. Zertifizierung AG Fuß |
| 1.4.4 | Darstellung der Praxis: | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan 2. Wundversorgung 3. Kapitel I MRSA 4. Wundversorgung 5. Re-Zertifizierung 2015 |
| 1.4.5 | Wie stellen Sie die Patientenorientierung bei der Therapie sicher? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Integration des Patienten und seiner persönlichen Bezugsperson in die Therapie 2. Vorgehen bei Ablehnung der Therapie durch den Patient und ggf. Angehörigen 3. Umgang mit fremdsprachigen Patienten |
| 1.4.5 | Darstellung der Praxis: | <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.1.2 (1) IR1 Patientenorientierung 2. 2.1.1 (1) IR Aufklärung und Einwilligung/DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 8 3. 2.1.2 (1) IR1 Patientenorientierung |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.5.1 | Welche internen Regelungen liegen für die Information an Hausarzt/Überweiser/ Weiterbehandler/komplementären Diensten vor? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentierte Vorgehensweise zur Erstellung der Arzt-/Zwischenberichte mit Basisangaben zur Diabetestherapie 2. Zeitrahmen für die Erstellung 3. Einbindung ambulanter Pflegedienste 4. Informationsfluss bei MRSA-Patienten |
| 1.5.1 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 13/14 Neu 1.5.1 2. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 13/14 Neu 1.5.1 3. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 26 4. MRSA-Ueberleitungsbogen 090602 pn | |
| 1.5.2 | Welche Regelungen hat die Praxis zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen nach der Rücküberweisung? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheitspass Diabetes ausgefüllt und ausgehändigt 2. Schriftliche Überleitungsdokumente (Unterlagen für den Patienten z.B. Medikamentenplan, Spritzplan, Ausgleichsschema, Informationsmaterialien) 3. Verordnung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln ist sichergestellt und kontrolliert 4. Notfalltelefonkontakt |
| 1.5.2 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan 2. 1.5.3 (1) IR ExterneKooperation 3. 1.5.2 (1) IR Praxisint.Ko.u.Kom 4. 1.5.1 (1) IR Sicherung des Therapieerfolges | |
| 1.5.3 | Welche Verantwortlichkeiten sind für den Prozess der Rücküberweisung festgelegt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zuständigkeiten sind durch interne schriftliche Regelungen festgelegt 2. Zusammenarbeit mit Hausarztpraxis, wenn Patient dort im DMP eingeschrieben ist |
| 1.5.3 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 13 2. 1.5.4 (1) IR EntlassungRücküberweisung | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.6.1 | Wie wird die Weiterbetreuung sichergestellt? | 1. Interne Regelungen zur Terminvergabe von Quartals- und Jahresuntersuchungen (Recall-/Wiedereinbestellsystem) 2. Wiedereinbestellung von DMP-Patienten 3. Nachhaltigkeit der Therapieform z.B. Kontaktaufnahme mit der nachsorgenden Praxis |
| 1.6.1 | Darstellung der Praxis: 1. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan 2. 1.5.1 (1) IR_Sicherung des Therapieerfolges 3. 1.5.4 (1) IR EntlassungRücküberweisung | |
| 1.6.2 | Welche Verantwortlichkeiten sind für den Prozess der Weiterbetreuung festgelegt? | 1. Zuständigkeiten sind durch interne schriftliche Regelungen festgelegt |
| 1.6.2 | Darstellung der Praxis: 1. 1.5.4 (1) IR EntlassungRücküberweisung | |
| 1.6.3 | Wie stellen Sie die Patientenorientierung bei der Weiterbetreuung sicher? | 1. Vorgehensweise wenn Patienten Termine versäumt haben 2. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit 3. Verweis auf Selbsthilfegruppen |
| 1.6.3 | Darstellung der Praxis: 1. Patient wird angerufen, ggfls. neuer Termin vereinbart 2. Wird in Abständen im Rahmen des QM durchgeführt, letztmalig 2012 3. nicht strukturiert, im Rahmen der Sprechstunde und der Schulungen nach Bedarf | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1 | Wie wird der jährliche diabetesbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarf der Mitarbeiter ermittelt und auf den Bedarf der Diabetes-Praxis angepasst? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ist-Analyse des jährlichen Bedarfs 2. Prospektiver jährlicher Fort- und Weiterbildungsplan 3. Sicherstellung von Schulungen für diabetologische Notfälle |
| 2.1 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 3.2.2.Dok Fortbildungsplan2012 13 2. 3.2.2 (1) IR FortbldgQual 3. 1x/Jahr Notfallseminar | |
| 2.2 | Liegen interne Regelungen für die geplanten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen vor? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildungsanspruch pro Mitarbeiter, Kostenübernahme und/ oder Dienstfreistellung 2. Einbindung der Fortbildungswünsche des Mitarbeiters |
| 2.2 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 3.2.2 (1) IR FortbldgQual 2. 3.2.2 (1) IR FortbldgQual | |
| 2.3 | Wie werden die durchgeführten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen evaluiert? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bewertung der absolvierten Maßnahmen durch die Mitarbeiter 2. Evaluation der Jahresplanung z.B. Fortbildungsstunden pro Mitarbeiter |
| 2.3 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Wurde 2013 durchgeführt, aber für zu aufwendig erachtet und wieder beendet 2. | |
| 2.4 | Wie wird der interne fachliche Wissens- und Erfahrungsaustausch sichergestellt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umgang mit Ergebnissen aus aktiven und passiven Hospitationen 2. Bericht über besuchte Fort- und / Weiterbildungen in der Teambesprechung 3. interne Fallbesprechungen 4. Protokolle mit Lesebestätigung liegen vor |
| 2.4 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorstellung auf der Teambesprechung, interessierende, zutreffende, inspirierende Aspekte werden umgesetzt 2. 3.2.2 (1) IR FortbldgQual 3. alle 2 Wochen bzw. bei Bedarf in der Diabetesteambesprechung 4. ja | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.5 | Wie ist der Zugang zu evidence-basiertem Wissen geregelt ? | 1. Intra-/Internetzugang inkl. Datenbanken 2. Fachzeitschriften, Fachliteratur, etc. |
| 2.5 | Darstellung der Praxis: 1. Intra-/Internetzugang inkl. Datenbanken im Schulungsraum zum freien Zugang vorhanden 2. Die Ärztinnen geben diese nach Bedarf an die MitarbeiterInnen weiter, stehen zusätzlich zur freien Verfügbarkeit im Aufenthaltsraum aus | |
| 2.6 | Wie ist die Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Diabetesteam geregelt? | 1. z.B. Einarbeitungskonzept 2. Verfahrensanweisungen/Checklisten |
| 2.6 | Darstellung der Praxis: 1. 3.1.3 (1) IR Einstellung und Einarbeitung 2. 3.1.3 CL3 Einarbeitung Mitarbeiter | |
| 2.7 | Welche Aktivitäten übernimmt die Praxis für den diabetesrelevanten Wissens- und Erfahrungsaustausch für und mit Externen? | 1. z.B. regelmäßige externe Fortbildungsangebote für Hausärzte, komplementäre Dienste etc. 2. Qualitätszirkel |
| 2.7 | Darstellung der Praxis: 1. Fr. Dr. Gärtner ist Qualitätszirkelleiterin, hält externe Vorträge für Hausärzte, Pflegedienste, 3x/Jahr findet ein Schwesternstammtisch statt, der von der Praxis organisiert wird 2. Qualitätszirkel finden mindestens 4x/Jahr statt | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 | Welche Aspekte werden bei der Raumausstattung berücksichtigt, die über die Pflichtitems hinausgehen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Barrierefreiheit 2. Leitsystem zur Orientierung 3. Untersuchungsräume 4. Separater Fußbehandlungsraum für die Behandlung von Patienten mit multiresistenten Keimen (optional) |
| 3.1 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. vorhanden, wurde beim Praxisumbau mit viel Aufwand verwirklicht 2. alle Behandlungsräume sind farblich und mittels Beschriftung für die Patienten kenntlich gemacht 3. sind beschriftet 4. vorhanden | |
| 3.2 | Welche Aspekte werden beim Management von Geräten und Messmitteln berücksichtigt? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Auflistung der diabetesspezifischen Geräteausstattung 2. Wartungsplan 3. Mitarbeiterweisung gemäß MPG 4. Überwachung von Messmitteln 5. Kühlschrank und Kühlschrankthermometer |
| 3.2 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Geräteordner 2. Geräteordner 3. Geräteprotokoll 4. Geräteordner 5. 4.2.3 CL2 Kühlschranktemperatur | |
| 3.3 | Welche Regelungen gibt es zum Umgang mit diabetesspezifischen Verbrauchsmaterialien? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verfahrens-/Arbeitsanweisungen/ Checklisten zum Bestellwesen 2. Festlegung von Zuständigkeiten 3. Verfahrens-/Arbeitsanweisungen/Checklisten zur Beschaffung/Lagerung von Sterilgut (Instrumente, Verbandmaterialien) |
| 3.3 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 4.2.3.(1) IR Beschaffung 2. 4.2.3.(1) IR Beschaffung, 3.1.1.Dok2 Aufgabenverteilung 3. Hygieneordner | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.4 | Wie wird das Hygienemanagement umgesetzt? | 1. Richtlinien, Empfehlungen des RKI werden. im Hygieneplan, Desinfektionsplan, berücksichtigt 2. MRSA-Management |
| 3.4 | Darstellung der Praxis: 1. 4.3.2 Hygiene und Reinigung 2. 4.3.2 Hygiene und Reinigung | |
| 3.5 | Wie werden Informationen für Externe (Patienten, Interessenten) bereitgestellt? | 1. Infomaterialien zu spezifischen Krankheitsbildern 2. Homepage |
| 3.5 | Darstellung der Praxis: 1. 1.6.1 (1) IR Prävention 2. www.praxis-mueller-gaertner.de | |
| 3.6 | Welche Möglichkeiten von innovativen Messtechnologien nutzen Sie? | 1. CGM-Technologie, Internetanbindung der Praxis - Telemonitoring 2. elektronisches Auslesen von Blutzuckermessgeräten |
| 3.6 | Darstellung der Praxis: 1. CGM, freestyle libre, Accu check aviva connect, Kommunikation mit Patienten per email, whatsapp etcpp 2. ja, alle | |
| 3.7 | Welche Maßnahmen werden im Rahmen der Arbeitssicherheit ergriffen? | 1. Regelungen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und Arbeitsplatzsicherheit und Sicherheit für Patienten 2. Erfassung, Bewertung von und Umgang mit Gefahrstoffen 3. Regelungen zum Brandschutz 4. Unfallverhütungsvorschriften und Verbandbuch |
| 3.7 | Darstellung der Praxis: 1. 4.3.1 (1) IR Organisation Arbeitsschutz 2. Hygieneordner 3. 4.3.1. CL2 Sicherheit im Brandfall. 4. Schnitt- und Stichverletzungen | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.1 | Welche Instrumente werden genutzt, um die Aufbau- und Ablauforganisation darzustellen? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Organigramm 2. Stellenplan 3. Stellen-/Arbeitsplatzbeschreibungen 4. Vertretungsregelungen für Urlaub und Krankheit |
| 4.1 | <p>Darstellung der Praxis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 4.1.2.Dok1 Organigramm kurz 2. 3.1.2 Stellenbeschreibung 3. 3.1.1.Dok2 Aufgabenverteilung 4. 3.1.2 Stellenbeschreibung | |
| 4.2 | Welche Instrumente zur Personalentwicklung und Mitarbeiterorientierung nutzen Sie? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Zielvereinbarungsgespräche / Karriere- und Nachfolgeplanung 2. Mitarbeiterentwicklungsgespräche 3. Bonus- und Anreizsysteme 4. Umgang mit Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter 5. Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit |
| 4.2 | <p>Darstellung der Praxis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3.1.4 CL1 Mitarbeitergespräch 2. 3.1.4 CL1 Mitarbeitergespräch 3. nicht vorhanden, wurde versucht, jedoch hat sich nicht bewährt 4. offen und zugewandt 5. 3.1.4 CL1 Mitarbeitergespräch, keine anonyme Befragung durchgeführt, müsste extern gemacht werden, ggfls. in Zukunft mal andeuten | |
| 4.3 | Wie stellen Sie die Informationsweitergabe im Rahmen der internen Kommunikation für alle Mitarbeiter sicher? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Teambesprechungen mit Sicherstellung der Kenntnisnahme bei Nichtteilnahme 2. Übergaben 3. Information über Neuerungen 4. Besprechungsmatrix |
| 4.3 | <p>Darstellung der Praxis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3.1.4 (2) IR Teambesprechung 2. 3.1.4 (2) IR Teambesprechung 3. 3.1.4 (1) IR Mitarbeiterinformation | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 4. 3.1.4 (1) IR Mitarbeiterinformation / 3.1.4 (2) IR Teambesprechung | |
| 4.4 | Wie stellen Sie ein effektives Fehler- und Risikomanagement sicher? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verfahrens-/ Checklisten 2. Erhebung von Fehlern und Beinahefehlern 3. Analyse und Bewertung von Fehlern und Beinahefehlern 4. Bearbeitung und Behebung von Fehlern und Beinahefehlern |
| 4.4 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 5.1.7.(1)IRLenkung Fehler 2. 5.1.7.(1)IRLenkung Fehler 3. 5.1.7.(1)IRLenkung Fehler 4. 5.1.7.(1)IRLenkung Fehler | |
| 4.5 | Wie stellen Sie ein effektives Beschwerdemanagement sicher? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Verfahrens-/ Checklisten 2. Erhebung von Beschwerden 3. Analyse und Bewertung von Beschwerden 4. Bearbeitung und Behebung von Beschwerden |
| 4.5 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 5.1.7.2.Beschwerdemanagement 2. 5.1.7.2.Beschwerdemanagement 3. 5.1.7.2.Beschwerdemanagement 4. 5.1.7.2.Beschwerdemanagement | |
| 4.6 | Welche Aktivitäten zur Förderung der Öffentlichkeitsarbeit unternehmen Sie? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Informations- und Vortragsveranstaltungen 2. Veröffentlichungen (Newsletter, Pressemitteilungen) 3. Selbsthilfegruppen |
| 4.6 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Fr. Dr. Gärtner hält regelmäßig Vorträge sowohl im eigenen Qualitätszirkel als auch überregional 2. Pressemitteilungen bei besonderen Anlässen (letztmalig zur Flüchtlingsproblematik und zur Ausbildung neuer Diabetesberaterin) 3. nein, zu aufwendig | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1 | Wo und in welcher Form trifft die Praxis Aussagen zu Qualitätszielen und zur Qualitätspolitik? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Leitbild 2. QM-Handbuch 3. dokumentierte jährliche Qualitätsziele |
| 5.1 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 4.1.1(1)IR Leitbild und Qualitätspolitik 2. QM-Handbuch vorhanden 3. 5.1.3 Qualitätsziele | |
| 5.2 | Welche Strukturen nutzt die Praxis zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität? | <ol style="list-style-type: none"> 1. QMB 2. Interne Audits 3. Interne Qualitätszirkel 4. Mitarbeiterbefragung / Ideenbörse 5. Maßnahmenplan |
| 5.2 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. ? 2. ja – in den Teambesprechungen 3. ja 4. Ideenbörse 5. Protokoll Teambesprechung mit Kontrolle bei der nächsten Zusammenkunft, verbindliche Terminfestlegung | |
| 5.3 | Wie beteiligt sich die Praxis an externer Qualitätsentwicklung? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Benchmarking 2. Externe Qualitätszirkel 3. Zertifizierungen |
| 5.3 | Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 9 2. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 15 3. 2009-2012-2016 | |
| 5.4 | Wie beteiligt sich die Praxis an berufspolitischen Aktivitäten zur Stärkung der Marktposition? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berufsverbände 2. Fachgruppen, Fachgesellschaften 3. Aktive Teilnahme an Netzwerken 4. Regionale oder überregionale Gremienarbeit |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.4 | Darstellung der Praxis: 1. Dr. Gärtner seit 2008 im Vorstand des Verbandes der niedergelassenen Diabetologen Thüringens und Qualitätszirkelleiterin des QZ „Diabetologie“ der niedergelassenen Diabetologen Thüringens, Mitglied DDG 2. AG CSII, Ag Fuß des VDST 3. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite 25 (Wundnetz) 4. regelmäßige Teilnahme an der Arbeitsgruppe mitteldeutsche Diabetologie | |
| 5.5 | Wie wird Kundenorientierung und Kundenbindung sichergestellt? | 1. Verfahrens-/ Checklisten / Formulare 2. Kundenbefragung bzw. Patienten- / Zuweiserbefragung 3. Analyse und Bewertung von Kundenwünschen 4. Weiterentwicklung der Dienstleistung auf Basis der ermittelten Kundenwünsche |
| 5.5 | Darstellung der Praxis: 1. 2.1.2. Patientenorientierung 2. 5.1.4 Dok5 Zuweiserergebnis 3. lange nicht erfolgt (2012) 4. lange nicht erfolgt (2012) | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.1 | Wie stellen Sie die Zusammenarbeit mit den geforderten ärztlichen und nichtärztlichen Kooperationspartnern sicher? | 1. Vereinbarungen in Kooperationsverträgen |
| 6.1 | Darstellung der Praxis: 1. Kooperationsverträge | |
| 6.2 | Welche Regelungen gibt es zur Kommunikation mit Kooperationspartnern? | 1. Information über die Dienstleistungen und Neuerungen/Veränderungen 2. Rückmeldungen einschl. Beschwerden der Kooperationspartner 3. Therapieempfehlungen von Schlüsselpartnern und Konsilen werden berücksichtigt |
| 6.2 | Darstellung der Praxis: 1. Durch regelmäßige gemeinsame Weiterbildung und Durchführung der interdisziplinären Wundsprechstunde werden Neuerungen/Veränderungen auf dem kleinen Dienstweg kommuniziert. 2. Jenseits der regelmäßigen Treffen wird per email kommuniziert 3. natürlich | |
| 6.3 | Nach welchen Kriterien wählt die Praxis ihre Kooperationspartner aus? | 1. Qualitätsnachweise der Kooperationspartner 2. Schriftlich fixierte Auswahlkriterien 3. Berücksichtigung der Patientenwünsche (z.B. Erreichbarkeit) |
| 6.3 | Darstellung der Praxis: 1. Die Auswahl der Kooperationspartner hat sich über die Zusammenarbeit im Wundnetz Thüringen ergeben, Qualitätsnachweise wurden nicht eingefordert. Die regelmäßigen gemeinsamen Weiterbildungen bezeugen aber die Qualität. 2. Es existieren keine schriftlich fixierten Auswahlkriterien 3. Werden nicht berücksichtigt. Bspl. Umzug Praxis Nephrologie: die Patienten mußten mit umziehen. | |
| 6.4 | Welche Regelungen hat die Praxis für die Zusammenarbeit mit den Lieferanten? | 1. Liste der Lieferanten 2. Verträge 3. Wareneingangsprüfungen |
| 6.4 | Darstellung der Praxis: 1. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 2. 4.2.3.(1) IR Beschaffung 3. Wareneingangsprüfung zusammen mit Lieferant | |
| 6.5 | Nach welchen Kriterien wählt die Praxis ihre Lieferanten aus? | 1. Qualitätsnachweise der Lieferanten 2. Kriterien für die Auswahl und Neubeurteilung der Lieferanten 3. Berücksichtigung von Rückmeldungen und Beschwerden |
| 6.5 | Darstellung der Praxis: 1. 4.2.3.(1) IR Beschaffung 2. 4.2.3.(1) IR Beschaffung 3. 4.2.3.(1) IR Beschaffung | |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| (im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch) | | |

Jahr : _____

| Kat. Nr. | Optimierungsbedarf / Problem | Ziel – Plan | Maßnahme - Do | Ergebnisse – Check-Act |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Beschreiben Sie hier den Bedarf / das Problem. Wie zeigt sich das Problem? Warum ist das so? | Beschreiben Sie hier, was Sie zur Beseitigung des Problems bis zu welchem Zeitpunkt erreichen möchten. Beachten Sie bei der Formulierung die sog. SMART-Regel: Ziele sollen spezifisch, messbar, angemessen/akzeptiert, realistisch und terminiert sein. | Beschreiben Sie konkret, welche Maßnahmen Sie wie oft, in welchen Bereichen, mit welchen Verantwortlichkeiten ergreifen, um die gesetzten Ziele zu erreichen. | Überprüfen Sie zum gesetzten Zeitpunkt (siehe Zielformulierung) ob das Ziel erreicht (das Problem beseitigt) wurde. Wenn ja, dann ist dieser PDCA-Zyklus abgeschlossen. Wenn nein forschen Sie nach der Ursache (z.B. Ziel zu hoch, falsche Maßnahme, neues Problem, Zeitraum zu kurz...) und leiten mit der Planung der Korrekturmaßnahmen einen weiteren PDCA-Zyklus ein. |
| 1.1 | Der Arztbrief verlässt spätestens 5 Arbeitstage nach der Abschlussuntersuchung die Praxis | <ul style="list-style-type: none"> - Umstrukturierung der Sprechstunde (Erstaufnahme durch Diabetesberaterin), um für Ärztin mehr Zeit zu schaffen - Diabetesberaterinnen bereiten nach der Schulung den Arztbrief vor | 5.1.3 Dok2 Ziel2 Arztbriefe | 5.1.3 Dok2 Ziel2 Arztbriefe |
| 1.2 | EKG bei allen Diabetikern 1x im Jahr | <ul style="list-style-type: none"> - Ab 2014 wurden in der Vorbereitung 2 MitarbeiterInnen eingeplant, um die Abarbeitung des EKGs auch zu schaffen - Eintragung in Patientenakte ,it Erinnerungsfunktion - In Teambesprechungen immer wieder thematisiert | 5.1.3 Dok5 Ziel5 EKG | 5.1.3 Dok5 Ziel5 EKG |
| 1.3 | Sono Abdomen bei allen Diabetikern 1x im Jahr | <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt bisher keinen Automatismus, der dafür sorgt, dass kein Pat. | 5.1.3 Dok6 Ziel5b Sono - | 5.1.3 Dok6 Ziel5b Sono - |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - vergessen wird - Vorwiegend denkt Diabetologin daran | | |
| 1.3 | Wartezeit der Patienten mit Termin in unserer Praxis ist kleiner/gleich 30 Minuten | <ul style="list-style-type: none"> - Konsequente Terminvergaberegeln (Zeitkorridore einhalten) - Ärztinnen müssen selbst auf ausufernde Patientengespräche Einfluß nehmen (Disziplin) - Immer wieder Thema in Teambesprechung | 5.1.3.Dok7 Ziel1 Wartezeiten | 5.1.3.Dok7 Ziel1 Wartezeiten |
| 1.4 | Recallsystem integrieren | <ul style="list-style-type: none"> - Recalls wurden neu in PVS eingepflegt | <ul style="list-style-type: none"> - Recalldaten sind zu umfangreich, nehmen zu viel Arbeitszeit der MitarbeiterInnen in Anspruch | <ul style="list-style-type: none"> - Recalls wurden für unsere Praxis als nicht sinnvoll verworfen |
| 1.5 | Anteil Vorsorgeuntersuchungen erhöhen | <ul style="list-style-type: none"> - Konsequentes Führen der Patientenakten mit Vermerk, wann letzte GRG statt fand - Dran denken | <ul style="list-style-type: none"> - Anhand der Honorarbescheide wurde die Umsetzung überprüft - In den Teambesprechungen wurde immer wieder angesprochen, daran zu denken | Anzahl GRG in 2013 562 Anzahl GRG in 2015 637 |
| 1.6 | Vollständigkeit und Aktualität des Impfstatus unserer Patienten | <ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßiges Einfordern der Impfdokumente von den Patienten und Erfassung im PVS | <ul style="list-style-type: none"> - Alle MitarbeiterInnen und die Ärztinnen achten auf die Impfdokumente und kontrollieren sie bei jedem Praxisbesuch | <ul style="list-style-type: none"> - Vorhaben: Stichprobenüberprüfung- (von Tagesliste 40 Patienten, wo Eintragung in Pat. akte zum Impfstatus überprüft wird) |
| 2 | Wissensmanagement | <ul style="list-style-type: none"> - Freie Zugänglichkeit der Fachliteratur für MitarbeiterInnen | <ul style="list-style-type: none"> - Aufsteller im Aufenthaltsraum in der die aktuelle Fachliteratur für alle frei zugänglich aufbewahrt und regelmäßig aktualisiert wird | <ul style="list-style-type: none"> - Zu klären ist, wer dies regelmäßig überprüft |

| Nr. | Kriterium und Beschreibung | Nachweise / Beschreibung <i>(im Abschnitt „Darstellung der Praxis“ ist jeweils der Dokumentenname vorhandener Verfahrens-/Arbeitsanweisungen, Checklisten etc. zu vermerken bzw. die Prozesse/Vorgehensweise zu erläutern. Bei DIN ISO oder QEP zertifizierter Praxis genügt der Verweis auf das entsprechende Dokument im DIN ISO-/ QEP-Handbuch)</i> | | |
|-----|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 3 | 2. Fußbehandlungsraum | <ul style="list-style-type: none"> - In der Planung des Praxisausbaus berücksichtigt und umgesetzt | <ul style="list-style-type: none"> - 2 Fußbehandlungsräume wurden ausgebaut, eingerichtet und können getrennt von einander betrieben werden | |
| 3 | Leitsystem zur Orientierung | <ul style="list-style-type: none"> - In der Planung des Praxisausbaus berücksichtigt und umgesetzt | <ul style="list-style-type: none"> - Alle Räume sind unterschiedlich farblich markiert und gut lesbar beschriftet | |
| 4 | Bessere Ausfallplanung, Vertretbarkeit der Diabetesberater | <ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung noch zweier Diabetesberaterinnen und Einstellung - Zentrale Erfassung des Schulungsbedarfs - Eintragungen in Patientenakten während der Schulung | 5.1.3 Dok4 Ziel4 Schulungen | 5.1.3 Dok4 Ziel4 Schulungen |
| 5 | Leitbild | <ul style="list-style-type: none"> - War zwar vorhanden, aber für Patienten (außer im Internet) nicht frei einsehbar - Ist als Aushang in Auftrag gegeben und wird bis Oktober 2016 umgesetzt | | |
| 6 | Zuweiserbefragung | | 5.1.4 Dok5 Zuweiserergebnis | 5.1.4 Dok5 Zuweiserergebnis |