

DQM-Qualitätsbericht

zur Erweiterten Anerkennung als Behandlungseinrichtung DDG Stufe 2 für das Jahr 2009

von:
Gemeinschaftspraxis Müller/Thiele
Diabetologische Schwerpunktpraxis/
Fußambulanz

Leitidee:

„Nicht krank sein genügt durchaus nicht:
wacker, lustig, froh soll der Mensch sein.“
Cornelius Tacitus



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite	3
<u>Kategorie I:</u>		
Diabetesbehandlung	Seite	5
1.1. Aufnahme/Erstkontakt	Seite	7
1.2. Diagnostik	Seite	9
1.3. Behandlungsplan	Seite	9
1.4. Therapie	Seite	14
1.5. Entlassung/Rücküberweisung	Seite	15
1.6. Weiterbetreuung	Seite	16
<u>Kategorie II:</u>		
Mitarbeiterqualifikation – Fort- und Weiterbildung – Wissensmanagement	Seite	18
<u>Kategorie III:</u>		
Betriebliche Infrastruktur	Seite	22
<u>Kategorie IV:</u>		
Management der diabetologischen Einrichtung	Seite	25
<u>Kategorie V:</u>		
Strategie und Politik	Seite	27
<u>Kategorie VI:</u>		
Kooperation, Partner, Lieferanten	Seite	29
<u>Schlusswort:</u>	Seite	29



Einleitung

Der vorliegende Bericht ist der erste Qualitätsbericht unserer Praxis.

Bereits von der früheren Praxisinhaberin Fr. OMR Dr. Leeder wurden in den 90er Jahren Maßnahmen eingeleitet (z.B. regelmäßige Teambesprechungen, Hygieneplan, Belehrungsroutine, Archivsystem), die in der Rückschau als Grundstein des Qualitätsmanagements anzusehen sind.

Durch die Praxisübernahme durch Fr. Dr. Mariana Thiele im Juli 2006 erhielt der Aufbau eines praxisinternen Qualitätsmanagementsystems besondere Bedeutung, da innerhalb kürzester Zeit aus einer Allgemeinmedizinischen Praxis eine diabetologische Schwerpunktpraxis entstand. Die Praxisbesonderheit als Diabetes-Schwerpunktpraxis ist zum 01.10.2006 von der Kassenzärztlichen Vereinigung Thüringen zuerkannt worden.

Die umfangreichen Umstrukturierungen und Ausrichtungsänderungen waren nur mit Hilfe eines internen strukturierten Qualitätsmanagements mit Ist- Analyse und entsprechender Zielformulierung möglich.

Auf Seiten der Praxisleitung übernahm Frau Dr. Mariana Thiele die Funktionsstellung der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) und auf Seiten der Mitarbeiter Frau Bärbel Pfeil die Stelle der Qualitätsbeauftragten (QB). Alle anderen Praxismitarbeiter haben sich durch konstruktive Mitarbeit in den Praxisteambesprechungen und durch Ausarbeitung vieler Prozessteile am Entstehungsprozess beteiligt.

2009 beschlossen wir, unsere Mühen durch eine Zertifizierung unserer bisherigen Ergebnisse auch im Hinblick auf die Anerkennung unserer Praxis als DDG-Behandlungseinrichtung der Stufe 2 zu krönen.

In unserer Praxis sind beschäftigt

- eine Diabetesberaterin in Vollzeitstelle,
- eine Diabetesassistentin in Vollzeitstelle,
- eine Wundassistentin DDG in Vollzeitstelle,
- ein Arzthelfer in Vollzeitstelle,
- eine Praxismanagerin in Vollzeitstelle
- eine Auszubildende
- eine Reinigungskraft

Unsere Bestrebungen zielen auf

- den Ausbau der Diabetes-Schwerpunktpraxis mit einem Anteil von mindestens 50% Diabetes-Patienten,
- den Ausbau des Schulungsanteils,
- den Ausbau der Betreuung der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom,
- weitere Steigerung der Betreuung von Patienten mit Typ 1-Diabetes und Patientinnen mit Gestationsdiabetes.



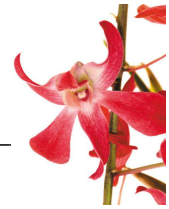
Um dieses Ziel zu erreichen, ist es uns gelungen, das komplette Praxisteam diabetologisch zu interessieren und zur Weiterbildung auf diesem Gebiet zu motivieren. Kontinuierlich haben sich Schulungskapazitäten und die gesamte Leistungserbringung im Bereich der Behandlung von Patienten mit Diabetes weitert (siehe Tabelle).

	2006 (2. Halbjahr)	2007	2008	2009 (Stand 22.11.09)
Patienten Fallzahlen pro Quartal im Durchschnitt	1416	1539	1644	1801
Diabetiker	260	314	418	466
Davon Typ 1	16	25	45	53
% Rentner	47,5	49,15	48,95	47,9

Wobei jedoch als weitere wichtige Basis unserer Praxis die fachlich kompetente und zuvorkommende Betreuung unserer hausärztlichen Patienten keineswegs leidet.

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 November 2009



I. Diabetesbehandlung

Das gesamte Praxisteam ist motiviert, jedem Menschen, der unsere Praxis aufsucht, freundlich und offen gegenüber zu treten und vorgetragene Probleme ernst zu nehmen. Unsere Praxis zeichnet ein besonders hoher Anteil an alten Menschen aus.

Wir machen uns bewusst, dass diese Menschen chronisch krank sind und besonderer Aufmerksamkeit und Zuwendung bedürfen.

Ziel unseres Teams sind zufriedene Patienten, die gern in die Praxis kommen, weil sie sich gute betreut und aufgehoben fühlen. Es ist schön, wenn sie diese Erfahrung an andere weitergeben.

Um Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus zu verhindern, führen wir eine leitlinienorientierte Betreuung durch. Neben der möglichst optimalen auf persönliche Ziele abgestimmten Stoffwechseleinstellung ist die gute Lebensqualität eines der wichtigen Therapieziele (siehe Leitidee).

Behandlung, Betreuung und Beratung umfassen auch die Folge-, Begleit-, und diabetesassoziierten Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, paVK, KHK etcpp.

Auch verhaltensmedizinische Probleme wie Essstörungen, Rauchen, Depressionen, Ängste werden ausführlich besprochen und in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachkollegen gelindert.

I.1. Aufnahme, Erstkontakt

Ist-Situation:

Bei der Anmeldung und der Terminvergabe werden die Patienten Gruppen zugeordnet:

- Patient ohne Diabetes
- Patient mit Diabetes

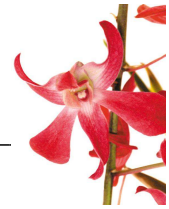
Entsprechend erfolgt die Zuordnung zur Diabetessprechstunde, Fußsprechstunde, Schulung.

An der Anmeldung wird die Dringlichkeit jedes einzelnen Patienten erhoben. Notfälle werden am gleichen Tag eingeschoben (ggfls. mit dem Hinweis auf eine Wartezeit).

Die Patientenneuaufnahme nimmt mehr Zeit in Anspruch, auch für diese Patienten sind im Terminplan spezielle Zeiten vorgesehen.

Die Terminvergabe folgt einer internen Regelung, in welcher die Vergabefristen geregelt sind (siehe auch Checkliste):

- Gestationsdiabetes am gleichen Tag
- Manifestation Diabetes mellitus 1 am gleichen Tag
- Diabetisches Fußsyndrom ab Wagner Stadium 1 am gleichen Tag (oder nach Absprache mit dem Hausarzt und dem betreuenden Pflegedienst zur nächsten Fußsprechstunde)
- Neu entdeckter Diabetes mellitus 2 innerhalb 30 Tage (bzw. in Absprache mit dem betreuenden Hausarzt), Schulung im gleichen Quartal
- Diabetes mellitus 2 ohne Entgleisung innerhalb 3 Monate
- Diabetes mellitus 2 mit Entgleisung innerhalb 1 Woche (oder in Absprache mit dem betreuenden Hausarzt)



Ist- Ablauf Erstkontakt:

- Begrüßung
- Terminvergabe, Formalitäten (Versichertenkarte etc.), Datenabgleich elektronische Patientenakte
- Anamnesebogen ausfüllen lassen, ggfls. dabei helfen
- Größe, Gewicht, Bauchumfang, Blutdruck, Blutzucker messen
- Arztkontakt mit Anamneseerhebung, körperlicher Untersuchung inkl. Fußstatus, Zielbesprechung, Therapievorschlag, Brief an den Hausarzt

Probleme:

- Erstkontakt dauert sehr lang (Vorbereitungszeit 30 Minuten, direkter Arztkontakt inklusive körperliche Untersuchung mind. 45 Minuten) wird verlängert, weil Patienten häufig über ihre Werte und Therapien nicht gut Bescheid wissen (Hausarzt muss angerufen werden und die wichtigen Dinge erfragt werden)
- Nachfolgende Patienten müssen warten

Ziele:

- Verknappung des Erstkontaktes beim Arzt (Ziel: 30 Minuten)
- Erstkontakte möglichst am Ende einer Sprechstunde bzw. Terminvergabe in der Sprechzeit mit Puffer
- Einhaltung einer maximalen Wartezeit von 30 Minuten in 80% der Fälle, Patient soll nach 90 Minuten mit Arztbrief die Praxis verlassen (in 80% der Fälle)

Dies soll bis zum 3. Quartal 2009 vollständig umgesetzt sein.

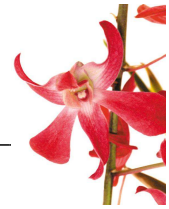
Aktivitäten:

- Entwicklung eines Praxisflyers mit den Dingen, die der Patient bei jedem Praxisbesuch mitbringen soll (Medikamentenplan, Medikamente, Insuline, Pens, Spritzplan, BZ- Messgerät und Protokollheft, aktuelle Laborwerte vom Hausarzt, Diabetespass) und Mitgabe bei jeder Terminvergabe bzw. bei telefonischer Terminvergabe durchsagen und Patient mitschreiben lassen
- Abgliederung der Erhebung Fußstatus vom Arztkontakt (Pat. wird bei Auffälligkeiten dazu gebeten)
- Einplanung des Termines „Erstaufnahme“ im elektronischen Terminkalender 45 Minuten
- Dokumentation der Wartezeit in der elektronischen Patientenakte

Ergebnisse:

- Patienten haben deutlich häufiger relevante Unterlagen etcpp. dabei
- Erstkontakt verkürzt auf durchschnittlich 40 Minuten, Einhaltung der maximalen Wartezeit von 30 Minuten in ca. 60% der Fälle
- Zufriedenere Patienten, die deutlich längere Wartezeiten gewohnt waren und aus anderen Praxen gewöhnt sind, Patienten registrieren die tatsächliche Wartezeit als nicht so belastend, da sie die meiste Zeit beschäftigt mit den Voruntersuchungen sind

Die Zielvorgaben (80% der Fälle) wurden bei weitem noch nicht erreicht, häufig verlassen die Patienten ohne Arztbrief die Praxis, um die nachfolgenden Termine nicht zu gefährden.



Problem/Verbesserungspotential:

- Einhaltung der maximalen Wartezeit in zu wenig % der Fälle
- Erstkontakt Arzt dauert immer noch zu lang
- Zu häufig wird kein Arztbrief mitgegeben

Ziel:

- Einhaltung der maximalen Wartezeit in 80% der Fälle
- Reduktion der Erstkontaktzeit auf 35 Minuten
- Mitgabe Arztbrief in 50% der Fälle

Aktivität:

- Entwicklung eines neuen Anamneseformulars, um die Anamneseerhebung effektiver zu gestalten
- Entwicklung von mehr Textbausteinen, um Arztbriefschreibung effektiver zu gestalten

Ergebnis:

Bis zum 3. Quartal 2010 sollen die Ziele umgesetzt sein, dies wird mittels der Karteieintragen überprüft.

Parallel soll die Möglichkeit der Einführung einer Diabetesberaterinnensprechstunde geprüft werden.

Bis zur ersten Dienstbesprechung in 2010 (Januar) Gedanken hinsichtlich der Umsetzbarkeit bei den MitarbeiterInnen und bei der Praxisführung.

I.2. Diagnostik

Diagnostisches Spektrum:

Blutzuckermessung:

- Miniphotometer 1 (Dr. Bruno Lange GmbH)
- Kontrollen lt. Herstellerangaben und Bundes-KV- Vorgaben inkl. Dokumentation
- Patienten-Blutzuckermeßgeräte unterschiedlicher Hersteller

Blutdruckmessung:

- Je 1 Blutdruckmeßgerät in jedem Untersuchungsraum
- Regelmäßige Kontrollen gemäß Medizingeräteverordnung

24h- Blutdruckmessung:

- 1 Gerät, regelmäßige Kontrollen gemäß Medizingeräteverordnung

Sonografie Abdomen

Labor:

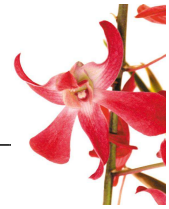
- Streifentests Urin, wie Combur 9-Urinstreifentest, Micral, Ketostix/Ketodiabur
- Abholung von Blutentnahmen und 24-Stunden-Urin-Untersuchungen zur Diagnostik vom Labor 2x täglich, hiermit ist die gesamte Laborpalette inklusive spezifischer Parameter wie Hba1c, Fructosamin, Blutfette, GADA, Inselzellantikörper, etc. abgedeckt
- Troponintest zur Herzinfarkt Diagnostik

Doppleruntersuchungen

- 1 Taschendoppler ist vorhanden

Ausrüstung zur Neuropathiediagnostik:

- Tip-Therm,



- Monofilament,
- Stimmgabel,
- Spitz-Stumpf- Tester
- Reflexhammer

Lungenfunktionsgerät
Waagen

Die vorhandene Ausstattung ermöglicht die Diagnostik und damit das Erkennen häufiger Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus.

Speziellere Diagnostik (z.B. bei paVK oder Nephropathie) wird durch Kooperationspartner übernommen.

Ablaufplan Diagnostik:

Ist-Situation:

Routinemäßig erfolgt 1x/Quartal die Messung von Größe, Gewicht, Blutdruck, Blutzucker, sowie des „kleinen“ Diabetesprofil (siehe Checkliste)

- Je nach Festlegung in der Patientenakte (risikoadaptiert) die Erhebung des Fußstatus
- Einmal im Jahr „großes“ Diabetesprofil und Testung auf Mikroalbuminurie (bzw. nach Festlegung)
- Während des Patientengesprächs erfolgt die Festlegung weiterer Diagnostik je nach Bedarf

Probleme:

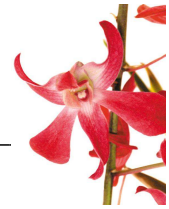
- Bisher keine routinemäßige Kontrolle von EKG und Sonografie Abdomen 1x/Jahr
- Häufig unvollständige Laboruntersuchungen vom Hausarzt, dadurch keine ausreichende Risikoabschätzung möglich (Pat. muss mehrmals in die Sprechstunde- Ineffektivität)
- Keine Nutzung der vorrätigen Dopplermöglichkeit (Pat, mit V.a. DBS werden in Angiologie zur Diagnostik überwiesen)

Ziele:

- 1x/Jahr Kontrolle EKG und Sonografie Abdomen bei 100% der Patienten bis 4. Quartal 2010
- 1x/Jahr großes Diabetesprofil vor Arztkontakt bei 100% der Patienten bis 4. Quartal 2010
- Nutzung vorrätigen Dopplermöglichkeit bei allen Patienten mit Diabetes mellitus 2

Aktivitäten:

- Bei allen Erstkontakten und bei Wiedervorstellungen 1x/Jahr Vergabe eines Labortermines vor Arzttermin
- 1x/Jahr Kontrolle EKG und Sonografie Abdomen und Statuserfassung in der elektronischen Patientenakte, die EKG und Sonografie-Termine werden bereits bei der allgemeinen Terminvergabe mit berücksichtigt (ggffls. Einrichtung eines Stapeltermins im Turbomed)
- 1x/Jahr großes Diabetesprofil vor Arztkontakt durch Vergabe eines Labortermines vor Arzttermin
- Weiterbildung von 2 MitarbeiterInnen in der Doppleruntersuchung und Durchführung der Doppleruntersuchung bei allen Patienten mit auffälligem Pulsstatus bis 2. Quartal 2010



Ergebnisse:

- Besprechung in der Teamsitzung Dezember 2009, Festlegung der Routine für die Doppleruntersuchung
- Vereinbarung Termin zur Weiterbildung von 2 MitarbeiterInnen in der Doppleruntersuchung in der Praxis Zollmann im Januar 2010

I.3. Behandlungsplan

I.4. Therapie

1.3 und 1.4 sind in der diabetischen Schwerpunktpraxis so eng verbunden, dass sie im weiteren gemeinsam abgehandelt werden.

Im Praxisablauf unterscheiden sich die drei Hauptgruppen sowohl in Bezug zum Behandlungsplan als auch zur Therapie:

- Diabetes-Sprechstunde,
- Fußambulanz,
- Patientenschulung

1. Diabetes- Sprechstunde

Ist-Situation:

Anhand des Zielauftrages der hausärztlichen Überweisung, des individuellen Risikoprofils des Patienten und entsprechend der Behandlungsleitlinien der DDG werden die individuellen Behandlungsziele festgelegt (Stoffwechsel: z.B. Nahenormoglykämie, Vermeidung von Hypoglykämien, Blutdruck <135/85 mmHg, bei Nephropathie 120/80mmHg, Blutfettwerte entsprechend individuellem Risiko). Die Behandlungsziele werden im Diabetespass dokumentiert.

Probleme:

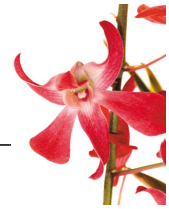
Bisher keine transparente Diskussion der Behandlungsziele mit dem Patienten in der Sprechstunde. Im Diabetespass erfasste Ziele finden sich nicht in der elektronischen Patientenakte und werden auch nicht routinemäßig im Arztbrief diskutiert.

Ziele:

- Festlegung der Behandlungsziele mit dem Patienten und regelmäßiger Abgleich in 100% bis zum 3. Quartal 2010
- Dokumentation in der elektronischen Patientenakte in 100% bis zum 3. Quartal 2010
- Mitteilung der Ziele im Arztbrief in 100% bis zum 3. Quartal 2010
- Erfragen und Diskussion der Ziele in der Diabetesschulung und Dokumentation im Schulungsbericht

Aktivitäten:

- Entwicklung eines Makros „Ziele“ in der elektronischen Patientenakte im 4. Quartal 2009
- Besprechung mit dem Patienten während des Ausfüllens in der Sprechstunde ab sofort



- Übernahme in den Arztbrief ab sofort
- Implementierung eines Passus Ziele im Makro „Diabeteschulung“, Aufnahme in die Checkliste Schulung und Abarbeitung durch die Diabetesberaterin und -assistentin
- Stichprobenartige Überprüfung im 3. Quartal 2010

Probleme:

Bisher keine ausreichende Dokumentation der Ergebnis-Qualität (außer über den DMP-Bogen). Damit kein sicheres Benchmarking möglich. Geforderte Nachkontrollen sind nur mit extrem großen Aufwand möglich.

Ziele:

- Implementierung FQSD als Benchmarking- Werkzeug in den Praxisablauf
- Möglichst 100-ige Erfassung aller Patientendaten

Aktivitäten:

- Erheben von Informationen, um möglichst effektiv (ohne wesentlichen zusätzlichen Zeitaufwand) die benötigten Patientendaten zu erfassen (online?)
- Besprechung des möglichen Ablaufs mit Dr. Jecht (Berlin)- verantwortlich Dr. Thiele
- Zeitvorgabe: am 16.12.2009 Erhebung der Informationen
- Umsetzung im ersten Quartal 2010

2. Fußambulanz:

Ist- Situation:

Die Behandlung in der Fußsprechstunde erfolgt jeden Mittwoch 10.⁰⁰ bis 14.⁰⁰ nach Bestellsystem unter Mithilfe einer Wundschwester, des Orthopädieschuhmachermeisters und der Podologin (Kooperationsverträge). Für die Vorbereitung und Durchführung ist unsere Wundassistentin DDG, bei Abwesenheit die nach Dienstplan eingeteilte Helferin zuständig. Durch Anwesenheit der Wundschwester, interne Hospitationen und eine Checkliste Fußsprechstunde wird auch bei Abwesenheit der Wundassistentin DDG eine gleich bleibend hohe Qualität der Behandlung sicher gestellt.

Die Dokumentation erfolgt strukturiert anhand des entsprechenden Makros in der elektronischen Patientenakte (in Anlehnung an den Fußdokumentationsbogen der AG Fuß der DDG) bei jedem Patientenkontakt. Die Fotodokumentation erfolgt 1x/Woche. Der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms ist ergänzend der „International Consensus on the Diabetic Foot“ und die seit 2004 verfügbaren Leitlinien der DDG in der jeweils aktuellsten Fassung zugrunde gelegt.

Problem:

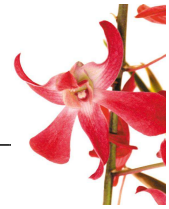
Bisher erfolgt vorwiegend die Einbestellung von Patienten mit DFS mind. Wagner Stadium I entsprechend einer Akutsprechstunde. Eine prophylaktische Kontrolle oder geplante Wiedereinbestellung zur Nach-, Schuhkontrolle und ggfls. Neuverordnung erfolgt nur sporadisch und nicht strukturiert.

Ziel:

Strukturierte Einbestellung der Patienten zu Nachkontrollen nach Ulcera entsprechend den Anforderungen der DDG an eine Fußbehandlungseinrichtung nach 6 Monaten.

Umsetzung bis 01/2011 zu 100%.

Anstreben der Anerkennung als Fußbehandlungseinrichtung der DDG zu 03/2011.



Aktivitäten:

Generierung Recall „Nachkontrolle nach Fußulkus“ in 12/2009.
Vereinbarung Kontrolluntersuchungstermin nach Wundabschluß nach 6 Monaten ab sofort.

3. Schulung

Basisinformationen erhalten die Patienten bereits in den Beratungsgesprächen mit den Diabetesassistentinnen/-beraterinnen und der Diabetologin im Rahmen der Diabetessprechstunde.

Strukturierte Patientenschulungen erfolgen nach den Vorgaben der Deutschen Diabetes-Gesellschaft mittels evaluierter Schulungsprogramme, verbindlicher Vertragsvorgaben der Kostenträger und der Disease Management Programm- Verträge für Diabetes mellitus Typ 2 in Thüringen.

Schulungsmodalitäten

Der Patient wird bei der Erstvorstellung in der Praxis bezüglich aller diabetesrelevanten Informationen erfasst und der für ihn passenden Schulungsgruppe, wie Schulung für Diabetiker ohne Insulin, ICT-Schulung, Insulinpumpenschulung, etc. zugeordnet.

Es werden folgende Schulungen angeboten:

- Schulung für Diabetiker, die kein Insulin spritzen
- Schulung für Diabetiker, die eine konventionelle Insulintherapie durchführen
- Schulung für Diabetiker mit ICT (getrennt nach Diabetes mellitus 1 und 2)
- Insulinpumpenschulung
- Schulung für Gestationsdiabetikerinnen
- Hypertonieschulung

Die Einladung zur Schulung entsprechend der Therapie des Patienten erhält dieser in der Regel schriftlich. Bei sehr dringendem Schulungsbedarf (z.B. Gestationsdiabetes, Neumanifestation) wird noch während des Praxisbesuchs der Termin vereinbart.

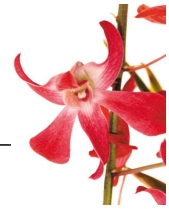
Das Therapieziel für den einzelnen Patienten wird in der Regel in der Diabetessprechstunde festgelegt und in der elektronischen Patientenakte vermerkt. Wenn keine Eintragung erfolgte, ist das Therapieziel vereinbarungsgemäß nahe-normoglykämisch.

Behandlungsplan/Therapie für Schulungspatienten

- Schulungstermin je nach Therapie,
- Einladung persönlich, per Telefon oder per Post,
- Inhalt der Einladung: Datum, Uhrzeit, was mitzubringen ist, das Angebot, einen Angehörigen mitzubringen, Bitte um Bestätigung der Teilnahme,
- definitive Schulungsliste wird nach Rückmeldung des Patienten, dass er teilnehmen kann, erstellt.

Schulungsbeginn:

Schulungskraft stellt sich vor, Ablauf wird erläutert
Patienten stellen sich vor mit Name, Diabetesdauer, Therapieform, Folgeerkrankungen, Erwartungen an Schulung.



Schulungsverlauf nach Curriculum mit theoretischen und praktischen Anteilen,

Praktische Schulungsinhalte: Blutzucker messen und im Tagebuch dokumentieren als Aufgabe des Patienten und Dokumentation der Werte durch die Diabetesberaterin/-assistentin im Schulungsprotokoll in der elektronischen Patientenakte, Besprechung und Dokumentation der gemessenen Blutzuckerwerte und der Therapieanpassung.

Die Ergebnisse werden sowohl im Patiententagebuch als auch in der elektronischen Patientenakte festgehalten,

Überprüfung der Blutzuckermessgeräte, Gegenmessung mit Praxisgerät, Dokumentation der Ergebnisse

Überprüfung der Insuline, Pens, Nadeln auf Kompatibilität und Funktion,

Patienten schreiben über 7 Tage auf entsprechende Vordrucke Mahlzeiten einschließlich der Getränke auf, Besprechung der Auflistungen in großer Runde nach vorherigem Einholen des Einverständnisses der Beteiligten,

Einzelgespräche mit Patient und Angehörigen nach der Schulung bei individuellen Problemen und dringlichen Therapieänderungen,

Dokumentation der Schulungsinhalte anhand standardisiertem Dokumentationsbogen in der elektronischen Patientenakte

Problem/Verbesserungspotential:

Absprachen zwischen Arzt und Schulungskraft vor Schulungsbeginn kommen fast immer aus Zeitgründen zu kurz.

Ziel:

Sicherstellung einer Information der Schulungskraft zu den zu schulenden Patienten, um die Bedingungsanalyse für den Unterricht zu erstellen in 100% der Fälle bis 4. Quartal 2010.

Aktivität:

Die Vorsprechung der anstehenden Schulungen erfolgt am Mittwochnachmittag vor jeder neu zu beginnenden Schulung ab Januar 2010. Die Ärztinnen vermitteln Informationen zu Therapie, Folgeerkrankungen, Therapie- und Schulungszielen der Patienten.

Ergebnis:

Besprechung dieser Vorgehensweise in der Teambesprechung Dezember 09 und Aufnahme in die Checkliste Schulung.

Problem/Verbesserungspotential:

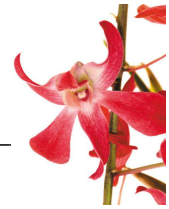
Die Schulungskraft kopiert die Blutzuckertagebücher der Patienten am Ende der Schulung nicht.

Ziel:

Durchgängige Dokumentation der Tagebücher in der elektronischen Patientenakte.

Aktivität:

In die Checkliste für die Schulung wird das Kopieren der Tagebücher als verbindliche Aufgabe aufgenommen. Die Schulenden orientieren sich bei jeder Schulung an der Checkliste.



Ergebnis:

Die Aufnahme in die Checkliste Schulung erfolgte im Dezember 2009. Ab sofort benutzen die Schulenden die Checkliste bei jeder Schulung. Mitte 2010 wird eine Stichprobenprüfung geplant. Unser Ziel ist: Die Tagebücher der Patienten sind zu 100 % kopiert, da die Orientierung an der Checkliste erfolgt ist.

Problem/Verbesserungspotential:

Bisher erfolgte keine strukturierte Insulinpumpengruppenschulung, obwohl das Curriculum absolviert wurde und auch genügend zu schulende Insulinpumpenträger in der Praxis betreut werden.

Ziel:

Umsetzung der Insulinpumpenschulung in 2010.

Aktivität:

Analyse der bisherigen Hinderungsgründe in einem gemeinsamen Gespräch zwischen Diabetologin, Diabetesberaterin und Diabetesassistentin im Januar 2010. Entwicklung eines möglichen Ablaufs im Praxisalltag.

Festlegung der Schulungsdringlichkeit der einzelnen Insulinpumpenträger. Einteilung von Schulungsgruppen im Januar 2010.

Beginn der Insulinpumpenschulung im Februar/März 2010.

Problem/Verbesserungspotential:

Bisher erfolgt die Einladung zu den Schulungen intransparent und nicht einheitlich. Ein Außenstehender könnte sie nicht nachvollziehen.

Ziel:

In einem Schulungsordner, der an der Anmeldung aufbewahrt wird, sind für jeden Schulungskurs Listen und die dazugehörigen Einladungen vorbereitet, die der Terminierung entsprechend der Dringlichkeit ausgegeben werden.

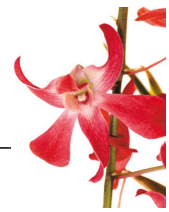
Aktivitäten:

Am Jahresanfang 2010 werden die Schulungstermine für 2010 festgelegt.

Ein Schulungsordner mit den entsprechenden Schulungskurslisten und den Einladungsvordrucken wird im Januar 2010 eingerichtet.

Die Eintragung in die Schulungskurslisten erfolgt weiterhin durch die Schulende, um ihre Eigenständigkeit zu wahren und Gruppen zu bilden, die möglichst zusammenpassen.

Die Schulungskurslisten können an der Anmeldung von allen Praxismitarbeitern eingesehen werden.



I.5. Entlassung, Rücküberweisung

Die in unserer Praxis durchgeführten Maßnahmen und Beratungen sollen die Patienten in die Lage versetzen, ihre Diabetestherapie selbständig durchzuführen, ihre individuellen Therapieziele zu kennen und eine Nichterreicherung dieser zu erfassen. Sie sollen über ihre Risiken aufgeklärt sein, Eigeninitiativen entwickeln und diabetesrelevante Kontrolluntersuchungen eigenständig wahrnehmen. Sie sollen erkennen können, wo und bei welchen Problemen sie als Diabetiker adäquate Hilfe finden und qualitativ hochwertig

betreut werden. Die betreuenden Angehörigen oder das Pflegepersonal werden gleichfalls aufgeklärt.

Nach Abschluss der Schulung erhält der Hausarzt einen Brief mit Überblick über die Schulungsinhalte, die aktuelle Therapie und die Information, dass für den Patient der Gesundheitspass Diabetes ausgestellt und diesem mitgegeben wurde.

Quartalsweise erhält der Hausarzt einen Brief über die durchgeführten Maßnahmen und Therapieänderungen. Bei Erreichen des Therapiezieles wird der Patient aus der Behandlung in unserer Praxis entlassen.

Für die in unserer Praxis hausärztlich betreuten Diabetiker werden die Quartalsuntersuchungen zeitgerecht terminiert.

Von uns betreute Patienten, die in das Disease Management Programm Diabetes Typ 1 oder 2 eingeschrieben sind, erhalten entsprechende Termine zu den quartalsmäßigen Untersuchungen.

Patienten mit diabetischem Fußsyndrom werden gemäß Überweisungsauftrag in der Regel bis zum Abheilen des Ulcus von uns betreut.

Problem/Verbesserungspotential:

Die Briefe werden häufig erst zum Quartalsende oder noch später geschrieben. Eine Zwischeninformation an den Hausarzt erfolgt nur gelegentlich und unsystematisch. Bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom erfolgt häufig keine Information an den Hausarzt.

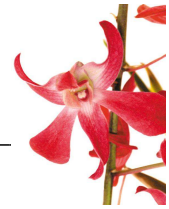
Ziel:

Die Arztbriefe sollen spätestens 7 Tage nach Entlassung erstellt und versandt werden. Bei Therapieänderungen sollen eine kurzfristige Information des Hausarztes sichergestellt werden.

In jedem Quartal erhält der Hausarzt einen Brief mit einem aktuellen Foto der Wunde und dem Stand von Therapie und Diagnostik.

Aktivität:

Das vorhandene Computerprogramm wird mit weiteren Textbausteinen aufgerüstet, Standardbriefe für Therapieänderungen wie Dosisanpassung, für Schulungs- und



Fußpatienten, Entwurf eines Vordruckes für Kurzarztbriefe, der sofort den Patienten mitgegeben werden kann, entwickelt. Neuerstellte Therapiepläne mit einem kurzen standardisierten Anschreiben an den Hausarzt noch am gleichen Tag per Fax übermittelt.

Ergebnis:

Bis zum 3. Quartal 2010 sollen die Ziele umgesetzt sein, dies wird mittels der Karteieintragungen überprüft (siehe auch 1.1.).

Problem/Verbesserungspotential:

Der Gesundheits-Pass Diabetes wird häufig nur unzureichend weitergeführt.

Ziel:

Die konsequente Nutzung des Gesundheitspasses Diabetes soll bei den Patienten verstärkt werden.

Aktivität:

Bei jedem Praxisbesuch wird der Gesundheitspass Diabetes für Kontrollen und Eintragungen verlangt. So wächst beim Patienten das Bewusstsein für die Bedeutung des Passes. Im Abschlussgespräch mit den Patienten eine nochmalige ausführliche Würdigung des Gesundheits-Passes Diabetes durch den Arzt, Aufmerksammachen auf noch fehlende Kontrolluntersuchungen durch Klebezettel zur Erinnerung des Patienten, z. B. EKG-Kontrolle beim Hausarzt, Augenarzt fehlt.

Ergebnis:

Die Nutzung und Weiterführung des Gesundheits-Passes Diabetes kann bei den Patienten um gefühlte 50 % gesteigert werden. Eine Überprüfung erfolgte bisher nicht.

I.6. Weiterbetreuung

Ist-Situation:

Viele Typ 1 Diabetiker und Pumpenpatienten sind in dauerhafter Betreuung in unserer Praxis. Sie sollten mindestens einmal pro Quartal zu den notwendigen Untersuchungen einen Termin beim Arzt wahrnehmen.

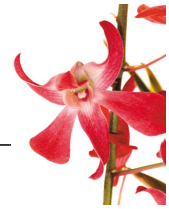
Ebenso wird für Typ 2 Diabetiker mit einer intensivierten Insulintherapie mindestens einmal pro Quartal ein Termin vereinbart. Neumanifestationen oder Patienten mit einer neuen Therapie, sowie Patienten mit psychischen oder körperlichen Problemen werden je nach Notwendigkeit häufiger im Quartal einbestellt.

Gestationsdiabetikerinnen bleiben bis zum Ende der Schwangerschaft in unserer Betreuung. Hier wird eine Kontrolle 3 Monate postpartal vereinbart und im weiteren Verlauf 1-2 jährliche Kontrollen empfohlen.

Ziel:

Diesen hohen Versorgungsstandard weiterhin zu erhalten und den Anteil Typ1 Diabetiker und Gestationsdiabetikerinnen auszubauen.

Aktivitäten:



Pro Stunde wird im Terminkalender ein Termin (10 Minuten) geblockt als Zeitreserve für kurzfristig benötigte Notfalltermine, um das Qualitätsziel Wartezeit <30 Minuten trotz unvorhergesehener Inanspruchnahmen einhalten zu können.

Die Leitung eines Qualitätszirkels Diabetologie und die strikte Rücküberweisung stärken das Vertrauen der überweisenden Kollegen. Es findet ein intensiver Informationsaustausch von Patientendaten statt, um unnötige Untersuchungen und Kosten zu vermeiden.

Ergebnisse:

Sehr gute Ergebnisse zur Zufriedenheit der Patienten

Probleme/Verbesserungspotential:

Bisher erfolgte noch keine Zuweiserbefragung durchgeführt.

Ziel:

Durchführung einer Zuweiserbefragung in 2010.

Aktivitäten:

Versenden der Einladung zum nächsten Qualitätszirkel mit dem Zuweiserfragebogen.

II. Mitarbeiterqualifikation, Fort- und Weiterbildung, Wissensmanagement

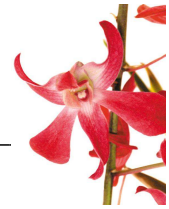
Erweiterung des Wissens und sich daraus ergebend der Kompetenz des gesamten Teams sind handlungsleitend für die Praxis.

Durch zunehmende Kenntnisse über die Erkrankung Diabetes mellitus und die gewonnenen Erfahrungen steigt die Motivation, das Arbeiten macht mehr Spaß und führt damit zu mehr Zufriedenheit und Ausgeglichenheit des gesamten Teams bei der Bewältigung der Praxisabläufe. Die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen wird damit kontinuierlich weiterentwickelt.

Unser Praxisteam:

- 2 Ärztinnen (Fachärztinnen für Allgemeinmedizin, Diabetologin DDG/ Thüringen)
- 4 ArzthelferInnen mit Vollzeitstelle
- 1 Diabetesberaterin mit Vollzeitstelle
- 1 Diabetesassistentin mit Vollzeitstelle
- 1 Auszubildende
- 1 Wundassistentin DDG

Durch Integration aller Mitarbeiterinnen in die Teambesprechungen und durch die Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen sowie durch interne Informationen wird das diabetesspezifische Wissen kontinuierlich erweitert.



Neben der Urlaubsplanung werden Weiterbildungen mit den dafür erforderlichen Zeiträumen bereits für jede einzelnen Mitarbeiterin zu Jahresbeginn festgelegt (siehe Weiterbildungsplan).

Weiterbildungen für das Jahr 2009 sind in den folgenden Bereichen bereits absolviert:

- Pflichtweiterbildung DDG für die Diabetesberaterin und –assistentin
- Notfalltraining für alle Mitarbeiter
- Qualitätsmanagement in der Hygiene für alle Mitarbeiter
- Curriculum CSII- Schulung Diabetesberaterin und –assistentin und Diabetologin
- Management chronischer Wunden (Arzthelfer)

- Praxismanagement Arzthelferin
- Abrechnung Arzthelfer und Diabetesassistentin

Regelmäßig besuchte diabetesspezifische Fortbildungen, teilweise sowohl vom Praxisinhaber und Diabetesberaterinnen/-assistentinnen:

- Qualitätszirkel Diabetologie des BVND Thüringen (4x/Jahr)- selbst Leiterin
- DDG- Jahrestagung

Regelmäßige Teilnahme an einer Balintgruppe fördert und erhält die Kompetenzen der patientenzentrierten Gesprächsführung.

Die Praxisinhaberin moderiert die Treffen des Qualitätszirkels Diabetologie in Jena sowie der niedergelassenen Diabetologen Thüringens. Dabei besteht ein regelmäßiger Austausch mit den diabetologisch tätigen Kollegen und mit anderen ärztlichen Kollegen.

Zur Lösung von medizinischen und sozialen Problemen oder allgemeinen Fragen von Patienten, besonders im diabetesspezifischen Bereich, besteht ein enger telefonischer Kontakt zu den zuweisenden Ärzten und zu den Klinikärzten.

Problem/Verbesserungspotential:

In der Praxis bestehen klare Aufgabenfelder für die einzelnen Teammitglieder. So hat jedes Teammitglied ein Expertenwissen für seinen spezifischen Arbeitsplatz.

Ziel:

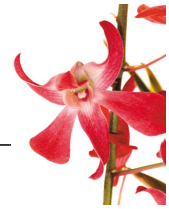
Transparenz und Kenntnis über die spezifischen Aufgaben der einzelnen Arbeitsplätze sollen verstärkt werden.

Aktivität:

Durchführung von internen Hospitationen. Jedes Teammitglied hat die Möglichkeit in der Diabeteschulung und der Fußambulanz innerhalb der Praxis zu hospitieren, um Einblick in die unterschiedlichen Tätigkeiten, den gesamten Praxisablauf zu erhalten und zum besseren internen Feedback. Dieses Vorhaben wurde auf der Dezemberteambesprechung diskutiert und für gut befunden.

Ergebnis:

Bis 07/2010 sind die internen Hospitationen erfolgt.



III. Betriebliche Infrastruktur

Räumliche Struktur der Praxis:

Die Raumgröße der gesamten Praxis umfasst ca. 160 m², inklusive Wartebereich, Toiletten, Küche und Schulungsraum.

Die Praxis liegt zentral in 07747 Jena, Karl- Marx- Allee 12 (Satellitenstadt Neulobeda West), in gut erreichbarer Lage (Strassenbahnhaltestelle, Einkaufszentrum in der Nähe, großer Parkplatz vorhanden, behindertengerechte Ausstattung).

Die Praxis mit ihrem großzügigen Raumangebot befindet sich zu ebener Erde in einem Flachbaukomplex mit mehreren Geschäften/Einrichtungen.

Hinter der Praxis befindet sich ein großer Parkplatz.

Alle Räume sind auf einer Ebene und damit behindertengerecht. Der Haupteingang dient auch als Liegendeingang für Rettungsdienste, die besonders gehbehinderte Patienten mit diabetischem Fußsyndrom zur Behandlung bringen oder Notfälle in die nahe gelegene Klinik transportieren.

Terminplanung und Raumebelegung basieren auf dem Prinzip der Teilung in Sprechstunde und Fußambulanz.

Schulungen finden zu fest vereinbarten Terminen separat statt. Die Diabetesschulung wird jeden Dienstag und Mittwoch Nachmittag parallel zur Sprechstunde im Schulungsraum erteilt.

Zusätzliche Termine werden vergeben für Laboruntersuchungen, EKGs, 24-Stunden-Blutdruckmessungen und sonstige Funktionstermine ohne Arztkontakt.

Sonografien werden durch die Ärztinnen an jedem Morgen vor der Sprechstunde durchgeführt.

Für die ärztliche Sprechstunde stehen zwei Sprechzimmer zur Verfügung.

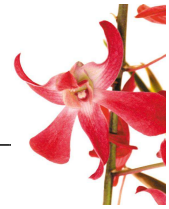
Sonographie und EKG sind separat gelegen.

Die Fußambulanz mit einem großen unterteilbaren Fußbehandlungsraum und einem kleinen Funktionsraum sind ausgerüstet mit Liegen bzw. Spezial-Behandlungsstuhl.

Vor allen Behandlungsräumen stehen Stühle für auf die Behandlung wartenden Patienten.

Eine Notfalleinheit befindet sich im Funktionsraum, hier steht auch das EKG-Gerät, das Sonografie- Gerät und das Spirometer.

Der Personalaufenthaltsraum befindet sich hinter der Anmeldung.



Der Wartebereich in dem großzügig dimensionierten Eingangsbereich, abgeschirmt durch einen Windfang, ist patientenfreundlich gestaltet mit Sitzecke, Grünpflanzen, Bildern an den Wänden, einem Regal mit diabetesbezogenen und diversen anderen Informationsschriften. Diabetesspezifische Literatur und aktuelle Zeitschriften, Magazine mit Lesestoff zu Themen wie Boulevard, Sport, Auto und Mode sind ebenfalls ausgelegt, zudem liegen Rätselhefte bereit.

Ein Infohefter informiert über das allgemeine Praxisangebot und zusätzliche Leistungen wie Check up, 24 Stunden-Blutdruckmessung, Schilddrüsen-Sonographie, Abdomen-Sonographie, Sauerstoffmehrschritttherapie etc.

Im Eingangsbereich informieren Schautafeln über aktuelle Themen: Hinweise zu Impfungen, zu Check up, Sauerstoffmehrschritttherapie, Disease Management Programmen, anstehenden Schließzeiten der Praxis wegen Urlaub, Weiterbildung etc.

Im Windfang, sind Informationen der Selbsthilfegruppen und zu aktuellen und geplanten Veranstaltungen ausgehängt.

Die Sprechzimmer sind sehr hell und mit zeitgemäßem Mobiliar ausgestattet. In jedem Raum steht eine Untersuchungsliege.

Stethoskop, Blutdruckmessgerät, Instrumente zur diabetologisch-neurologischen Basisdiagnostik, Traubenzucker und alle notwendigen Formulare sind in den Sprechzimmern vorhanden.

Blutentnahmen werden im Labor durchgeführt.

Das Labor dient als Vorratsraum für alles, was mit Labor zu tun hat. Hier steht ein Kühlschrank, der nur für Insuline, Impfstoffe, Glucagon und Reagenzien genutzt wird.

Urinproben wie Micral oder andere Streifentests werden in diesem Labor durchgeführt.

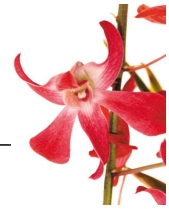
Lagerung und Verfallsdaten von Insulinen, Glucagon, etc. werden von der Diabetesberaterin, Schw. Ina Schaffroth, 1x/Monat kontrolliert, Impfstoffe und das Laborzubehör unterliegen monatlich der Kontrolle der Arzthelferin Frau Peggy Kühnemund. Die Durchführung wird mit Datum und Unterschrift im bereitliegenden Hefter quittiert.

Pens, Nadeln, Messgeräte, Lanzetten, usw. befinden sich im Schulungsschrank. Medikamentenmusterpackungen in den Arztsprechzimmern.

Ampullen lagern im Labor. Hier steht auch das nasschemische Blutzucker-Messgerät. Dieses wird regelmäßig einer internen Qualitätskontrolle unterzogen, durchgeführt und dokumentiert von der Arzthelferin (Frau Bärbel Pfeil) oder der Diabetesberaterin (Frau Ina Schaffroth).

Die Personenwaage mit Messlatte steht im Fußbehandlungsraum, kann aber auch in jeden anderen Raum bewegt werden.

Handschuhe und Desinfektionsmöglichkeit stehen in jedem Raum bereit.



Der Anmeldeungsraum enthält nur die Verwaltungsausstattung.

In den Fußbehandlungsräumen stehen Verbandsmaterialien, eine Lupenlampe, Taschendoppler, neurologische Basisdiagnostik, wie Stimmgabel, Monofilament, Tip-Therm, Spitz-Stumpf-Tester, Reflexhammer und Instrumente bereit.

Weiterhin stehen hier der Heißluftsterilisator und eine Behandlungsliege, sowie ein Spezialverbandstuhl mit Höhenverstellbarkeit.

Die zur Befunddokumentation vorhandene digitale Kamera wird ebenfalls hier aufbewahrt. Desinfektionsmittel, Unterlagen, verschiedene Verbandstoffe, Instrumentenkisten, etc. werden in beiden Räumen vorgehalten, Hygienepläne einschließlich MRSA-Plan hängen aus.

Die Schulungsuntensilien befinden sich im Wandschrank vor dem Schulungsraum (Blutzuckermessgeräte, Pens, Insulinpumpe, Infomaterial, Messhefte für Blutzucker und Blutdruck, Schulungsordner mit Folien für die unterschiedlichen Schulungsarten, Nahrungsmittelattrappen, Anschauungsmaterial für Fußpflege, Literatur, etc.).

Neben Tischen und Stühlen für die Schulungsteilnehmer ist der Raum mit einer Küchenseite im Sinne einer kleinen Lehrküche, einem Computer, der das Auslesen von Blutzuckermessgeräten ermöglicht und einem Drucker, bestückt.

Hypo-Management in Form von Blutzuckermessgerät, Traubenzucker und Getränken und Zwischenmahlzeiten sind vorhanden.

Flipchart, Beamer etc. zur Unterrichtsgestaltung stehen bereit.

Patientenverwaltung und Terminplanung

Die Patientenverwaltung, Befunddokumentation und Terminvergabe erfolgt ausschließlich über Personalcomputer. Die Patientenakte wird elektronisch geführt, es gibt keine neuen Patientenakten in Papierform (die alten Papierakten werden nach und nach eingescannt und vernichtet).

Alle Räume, mit Ausnahme des Labors, verfügen über einen Computer mit Praxis- email. Über diese e-mail- Funktion erfolgt die Optimierung des Praxisablaufes. Anfragen an die Ärztinnen oder Anweisungen an die Helferinnen können so schnell und unkompliziert ausgetauscht werden. Für späteres Abarbeiten werden sie ausgedruckt.

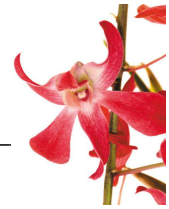
Mittels der Praxissoftware Turbomed erfolgen Terminplanung, Patientenverwaltung und Abrechnung, das Ausfüllen der DMP-Bögen, die Arztbriefherstellung, die Fotodokumentation.

Labordaten werden direkt über Internet in die Patientenakte übertragen.

Terminvergabe, Dokumentation, Leistungseingabe und Formulareingaben können von jedem Arbeitsplatz aus erfolgen.

Zur Befunddokumentation existieren Makros.

Eine Praxishomepage ist in das Internet eingestellt und ist aktuell.



Die Gerätewartung, Eichung, Überwachung der Arbeitssicherheit erfolgt nach Plan und unterliegt der Kontrolle der Praxismanagerin Frau Bärbel Pfeil.

Problem/Verbesserungspotential:

Die Praxissoftware wird noch nicht in all ihren Möglichkeiten genutzt, bzw. sind noch nicht alle Möglichkeiten bekannt (z.B. ist im Patientenmenü der Praxissoftware unter Diabetes FQSD- Bögen und Bögen zur Dokumentation der Lebensqualität vorhanden, werden jedoch noch nicht genutzt).

Ziel:

Weiterer Einsatz von computergestützten Hilfsmitteln zur Optimierung der Abläufe.

Aktivität:

Testung der Möglichkeiten des Ausfüllens der FQSD- und Lebensqualitätsbögen während der Sprechstunde bis 04/2010. Der individuelle Zeitbedarf für das Ausfüllen wird ermittelt. Bedenken: es werden nur noch Formulare und Makros ausgefüllt, wann soll man sich mit dem Patienten unterhalten?

Ergebnis:

In 04/2010 wird entschieden, ob die FQSD- Dokumentation durchgängig während der Sprechzeit durchgeführt wird.

Problem/Verbesserungspotential:

Belastend sind zahlreiche Telefonate, die in der Anmeldung ankommen und damit Wartezeiten an der Anmeldung verursachen.

Ziel:

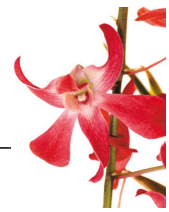
Entzerrung der Frequentierung des Telefons an der Anmeldung.

Aktivität:

Einrichtung eines Telefons zur ausschließlichen Anforderung von Folgeverordnungen, wobei die Telefonate auf einen Anrufbeantworter geleitet werden und anschließend erledigt werden. Eruiierung der Möglichkeit der automatischen Rufumleitung auf dieses Telefon nach kurzer Warteschleife mit Wahlmöglichkeiten.

Ergebnis:

Bis Ende 2009 sind die technischen Möglichkeiten ermittelt worden und ein zusätzliches Telefon mit Anrufbeantworter ist eingerichtet worden.



IV. Management der diabetologischen Einrichtung

Die von uns geführte Gemeinschaftspraxis mit anteiliger diabetologischer Schwerpunktpraxis ist ein Serviceunternehmen.

Leistungen werden für Patienten mit Diabetes mellitus und den damit verbundenen Folgeerkrankungen sowie hausärztliche Patienten erbracht.

Ein besonderer Schwerpunkt ist die Versorgung von älteren Patienten (50% Rentneranteil).

Die Arbeit des gesamten Praxisteam ist darauf ausgerichtet, Patienten, die Kunden sind, im Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung zu unterstützen und damit zu befähigen, ihre und unsere Behandlungsziele zu erreichen.

So sollen diabetesbedingte Folgeerkrankungen verhindert bzw. hinausgezögert werden, um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern bzw. zu erhalten.

Die Praxisinhaberinnen und alle Mitarbeiterinnen des Praxisteam bieten Dienstleistungen an. Dies wird auch im Rahmen der Patientenaufnahme mit der sogenannten Auftragsklärung transparent.

Jeder Mitarbeiterin wird ein hohes Maß an Selbständigkeit zugebilligt. Arbeitsabläufe werden durch die Mitarbeiterinnen weitestgehend selbständig organisiert und jede ist in einem fest definierten Bereich eigenverantwortlich tätig.

Tätigkeitsschwerpunkte der einzelnen Teammitglieder:

Verantwortlich für Schulung, Schulungsplanung und –abrechnung:

- Diabetesberaterin Frau Ina Schaffroth
- Diabetesassistentin Frau Bärbel Pfeil

Fußambulanz:

- Wundassistentin DDG Frau Peggy Kühnemund
- Azubi Frau Karolin Ott
- Arzthelfer Herr Andreas Grunert

Anmeldung und Verwaltung, Privatabrechnung, Berufsgenossenschaftliche Abrechnung, Bestellung Bürobedarf, Kommunikation Softwarebetreuung, EDV- Service:

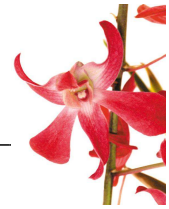
- Frau Birgit Pietrzyk,

Einkauf und Bestellung von Sprechstundenbedarf und dem gesamten Praxisbedarf:

- Diabetesassistentin Frau Bärbel Pfeil, vertretungsweise Schw. Ina Schaffroth

Monatlich dienstags findet im Anschluss an die Vormittagssprechstunde ein gemeinsames Mittagessen und eine Teambesprechung statt.

Dort soll jeder Mitarbeiter Lob und Tadel äußern, Praxisabläufe werden besprochen, diskutiert und schriftlich fixiert, im Anschluss daran in einem Protokoll festgehalten. Jeder Mitarbeiter liest das Protokoll und quittiert die Kenntnisnahme.



Wichtige Infos werden zusätzlich im Papierformat an den Kalender im Personalraum geheftet.

Die Mitarbeiterinnen tragen den Leitgedanken der Praxis mit und vertreten diesen auch in der Öffentlichkeit.

Die Einbindung der Mitarbeiterinnen in alle Bereiche des Praxisablaufes, die Arbeit an und mit den Patienten und die Einbeziehung in die Patientenbetreuung führen zu einer hohen Wertschätzung durch diese.

Praxisinhaberin und Mitarbeiterinnen sind ein Team, Therapien und Vorgehensweisen werden abgestimmt, die Darstellung nach außen ist einheitlich und konsequent.

Regelmäßige Diskussionen und Fortbildungen und Hospitationen führen zur Weiterentwicklung der Behandlungsqualität.

Die Zufriedenheit jedes einzelnen Teammitgliedes wird durch die weitestgehende Selbständigkeit im Arbeitsablauf innerhalb der Praxis und die starke, vielfältige Einbindung in die Patientenbetreuung gefördert.

Problem/Verbesserungspotential:

Vor der Auseinandersetzung mit DQM lagen keine strukturierten Abläufe in schriftlicher Form vor, was immer wieder zu Fehlern führte.

Ziel:

Transparenz und Orientierung bei standardisierten Abläufen für alle Mitarbeiterinnen.

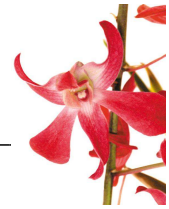
Aktivität:

Die Entscheidung zur Teilnahme an DQM und überhaupt zur Einführung eines QM führte zu einem Überdenken der verschiedenen Prozesse innerhalb der Praxis. Jeder Ablauf wurde strukturiert, schriftlich fixiert und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Zuständigkeiten sind auf der Basis dieser Strukturierung festgelegt und ausgeweitet worden.

Ergebnis:

Ablaufpläne gibt es bis Ende 2009 für

- Behandlung Diabetes mellitus 1 und 2
- Patientenschulung
- Erhebung des Fußstatus
- Behandlung des Harnwegsinfektes
- Hausbesuchsvor- und Nachbereitung
- Influenzapandemie
- oGTT
- Führen der Patientenakte
- Ablegen von Patientenbefunden
- Notfallplan/ Notfallmanagement
- Management einer Hypoglykämie
- Fehlerprotokoll



- Hygieneordner

Die Praxisinhaberinnen und die Qualitätsbeauftragte Frau Bärbel Pfeil haben an einer QM-Schulung teilgenommen.

Durch 5 interne Audits wurden auch die anderen Mitarbeiter an das Qualitätsmanagement herangeführt und arbeiteten engagiert an der Entwicklung einzelner Checklisten mit.

Die Mitarbeiterinnen sind bisher noch nicht aktiv in die Erfassung der Qualitätssicherungsdaten einbezogen: die Erfassung der Daten für den FQSD-Bogen, die Aufbereitung der Daten aus der Fußambulanz und aus dem Disease Management Programm erledigt bisher ausschließlich die Diabetologin.

Durch vielfältige Aktivitäten kommt es zu regelmäßigen Kontakten zu anderen ambulanten und stationären Diabetesbehandlungseinrichtungen. Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch findet statt. Auch zwischenmenschliche Beziehungen werden damit gefördert

Problem/Verbesserungspotential:

Siehe oben: Die Mitarbeiterinnen sind bisher noch nicht aktiv in die Erfassung der Qualitätssicherungsdaten einbezogen: die Erfassung der Daten für den FQSD-Bogen, die Aufbereitung der Daten aus der Fußambulanz und aus dem Disease Management Programm erledigt bisher ausschließlich die Diabetologin.

Ziel:

Entlastung der Praxisinhaberin durch Einbeziehung der Diabetesberaterin in die Dokumentationsaufgaben.

Diese muss dafür von ihren sonstigen praxisinternen Routineaufgaben frei gestellt werden. Das erfordert eine personelle Aufstockung. Diese ist für das IV. Quartal 2010 geplant, da dann Frau Peggy Kühnemund aus dem Babyjahr wieder kommt, die Azubi Karolin Ott als Arzthelferin übernommen wird und eine neue Azubi ausgebildet wird.

Aktivität:

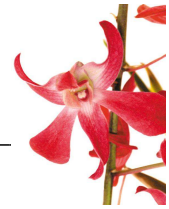
Ermittlung der finanziellen Möglichkeiten zur Refinanzierung einer Stellenausweitung mit einer weiteren Arzthelferin. Anschließende Akquise und Personalauswahl durch die Praxisinhaberin und die Erstkraft. Potentielle Bewerber sollen probearbeiten.

Ergebnis:

Die finanziellen Möglichkeiten für die Stellenausweitung sind bis zum IV. Quartal 2009 ermittelt und mit dem Praxissteuerberater besprochen. Die Stellenausschreibung erfolgt in bewährter Form über die Agentur für Arbeit.

Am 17.12. 2009 erfolgen Vorstellungsgespräche, im Januar 2010 bzw. bei noch schulpflichtigen Bewerbern im Februar 2010 können Bewerber probearbeiten.

Bereits ab dem II. Quartal 2010 erfolgt eine Teilentlastung der Diabetesberaterin, da zu diesem Zeitpunkt die Azubi ihre Ausbildung abschließt und direkt übernommen wird. Damit steht sie der Praxis eine volle Woche zur Verfügung.



V. Strategie und Politik

Die Praxis soll als diabetologische Schwerpunktpraxis gerüstet sein, politische und damit verbundene Gesetzesveränderungen zu überdauern.

Durch permanente Weiterqualifikation des gesamten Teams wird das Angebot kontinuierlich den Entwicklungen der Diabetologie angepasst. Mittels vorausschauender Planungen soll, sowohl kurz- als auch mittelfristig und auf lange Sicht, ein hohes Versorgungsniveau für die permanent ansteigende Zahl der Patienten mit Diabetes mellitus und der diabetesspezifischen Folgeerkrankungen erreicht und gehalten werden.

Die Mitarbeiterinnen werden in gesundheitspolitische Themen und deren regionale Entwicklungen mit einbezogen, Folgen und Konsequenzen für die Praxis durch Neuerungen im politischen Bereich im Team diskutiert und entsprechend bei Entscheidungen berücksichtigt. Bereits jetzt erfolgen in den Teambesprechungen regelmäßige Berichte über regionale und überregionale politische Entwicklungen. Die Ärztinnen berichten über Vertragsänderungen und Neuerungen im Abrechnungssystem mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den einzelnen Krankenkassen.

Umfassende, kontinuierliche Informationen sind für das ganze Team zur Beurteilung der Lage und langfristiger Planungen unabdingbar und tragen zur Sicherheit und Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen bei.

Die Diabetologin arbeitet als Vorstandsmitglied des Vereins der niedergelassenen Diabetologen Thüringens im Mitteldeutschen Arbeitskreis Diabetologie mit. Hier werden Vertragsentwürfe für Strukturverträge erarbeitet und mit den Krankenkassen diskutiert.

In Jena gibt es eine gut strukturiertes Wundnetz mit einer interdisziplinären Wundsprechstunde einmal pro Monat. Anwesend sind hier Dermatologen, Chirurg, Gefäßchirurg, Diabetologe.

Verbesserungspotential:

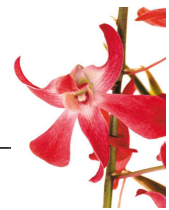
Die Praxisinhaberin hat es bisher aus Zeitgründen nicht geschafft, an dieser interdisziplinären Wundsprechstunde teilzunehmen. Vorteile wären: Pflege Kontakt zu den Kooperationspartnern im Wundnetz, damit Präsenz und bessere Möglichkeiten der Patientenrekrutierung für die Fußambulanz.

Ziel:

Teilnahme an der interdisziplinären Wundsprechstunde ab II. Quartal 2010.

Aktivität:

Langfristige Einplanung dieses Termines am Dienstagnachmittag. In der betreffenden Woche Dienstagnachmittag keine Sprechstunde (Tausch mit Gemeinschaftsinhaberin). Verlegung der Sprechstunde auf Donnerstagnachmittag.



Problem/Verbesserungspotential:

Die Qualität der diabetologischen Praxis ist derzeit für Patienten und Zuweiser nicht nach außen sichtbar.

Ziel:

Erwerb von Qualitätsnachweisen, um Patienten und Zuweiser die Qualität der Praxis zu verdeutlichen und zur Abgrenzung gegenüber anderen diabetologisch tätigen Einrichtungen in der Region beizutragen.

Aktivität:

Durchführung einer Zertifizierung nach DQM und QEP. Vorbereitung der Zertifizierung als Fußbehandlungseinrichtung der DDG.

Ergebnis:

In 2009 soll die Zertifizierung nach DQM und QEP erfolgt sein und Patienten, potentielle Patienten und Zuweiser sind direkt und über die Medien darüber informiert.
Die Zertifizierung als Fußbehandlungseinrichtung der DDG wird bis Ende 2010 vorbereitet und in 2011 durchgeführt.

Ziel:

Ausweitung der Vorträge in nicht diabetologischen Qualitätszirkeln verschiedener Facharztgruppen.

Aktivität:

Kontaktaufnahme mit den Qualitätszirkeln und systematische Planung von gezielten Fortbildungen der Kollegen.

Ergebnis:

Bis zum IV. Quartal 2010 hat die Kontaktaufnahme stattgefunden und für 2011 liegt eine prospektive Planung der Vorträge/Fortbildungen in den Qualitätszirkeln vor und kann so in der Terminplanung berücksichtigt werden.

Die regelmäßige Mitarbeit der Praxisinhaberin im regionalen Diabetes-Qualitätszirkel erfolgt als Leiterin.



VI. Kooperation, Partner und Lieferanten

Die qualifizierte Therapie der Patienten mit Diabetes mellitus erfordert eine multidisziplinäre Zusammenarbeit, um eine effiziente Sekundärprävention zu erreichen, Folgekrankheiten frühzeitig zu erkennen und deren weiterem Fortschreiten zu begegnen. Akuterkrankungen sind zeitnah einer spezialisierten Behandlung zu zuführen. Um dies zu gewährleisten, ist eine Vernetzung der diabetologischen Schwerpunktpraxis mit den entsprechenden Fachärzten und nichtärztlichen Helfern, wie Pflegediensten, Sozialarbeiter, Orthopädieschuhmacher, Podologin, Kostenträgern, etc. erforderlich. Das Management eines solchen Netzes kann und soll die Diabetes-Schwerpunktpraxis übernehmen.

Bedingt durch die angestrebte Zertifizierung als Behandlungseinrichtung für das diabetische Fußsyndrom bestehen seit Beginn der Praxistätigkeit – unter Berücksichtigung von Wettbewerbskonditionen - Kooperationen mit:

- Podologie Kurth GmbH
- Reha aktiv 2000 (Wundschwester+ Orthopädieschuhmachermeister)
- Chirurg Dr. Heiner Schmitz
- Gefäßchirurgie der FSU Jena
- Angiologie der FSU Jena (Prof. Pöhlmann)

Enge Kontakte bestehen zu den Sozialstationen (insbesondere AWO und Diakonie), Altenheimen und Kostenträgern. Es wird Wert auf die konstruktive Zusammenarbeit und eine gegenseitige Würdigung gelegt und dies auch gelebt. Eine schriftlich fixierte Kooperation besteht bisher nur zu Reha- Aktiv.

Kooperationen und eine vielfältige Kommunikation haben sich aufgrund der Überweisung von Patienten zu diversen Fachärzten entwickelt: Die Häufigkeit der diabetestypischen Folgekrankheiten machen diese Weiterleitungen an entsprechende Spezialisten erforderlich:

- Nephrologe Dr. Andre Klemm
- Kardiologe Hr. Dr. Türk, Fr. Dr. Gessner
- Augenärzte der Region

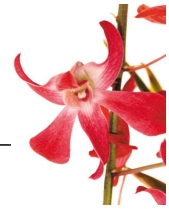
Ausführung politischer Aktivitäten des Praxisinhabers: Sprecherin einer Bürgerinitiative der Stadt Jena gegen Rechtsextremismus (Aktionsnetzwerk gegen Rechtsextremismus).

Verbesserungspotential:

Derzeit liegen bis auf einen noch keine schriftlichen Kooperationsvereinbarungen vor.

Ziel:

Langfristiges Ziel sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Bekenntnis zu gemeinsamen Zielen in der Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus unter Beachtung der Leitlinien.



Aktivität:

Die Umsetzung dieses Ziels erfordert die Einbeziehung der unterschiedlichsten ärztlichen und nichtärztlichen Disziplinen. In 2010 sollen die bisherigen Kooperationspartner mit dem Anliegen der Entwicklung von Kooperationsverträgen kontaktiert werden. In Gesprächen soll ein Konsens zur Kooperation mit gemeinsamen Qualitätszielen festgelegt und anschließend in die Kooperationsvereinbarungen übernommen werden. Anbieten würde sich hier auch die interdisziplinäre Wundsprechstunde, da dort alle Kollegen miteinander arbeiten.

Problem/Verbesserungspotential:

Konkurrenzdenken und Ängste der zuweisenden Ärzte wegen nicht erfolgreicher Rücküberweisung des Patienten. Vor allem Kollegen mit einer Praxis in relativer Nähe, scheuen eine Überweisung, sie befürchten, die Patienten könnten in unsere Praxis zur hausärztlichen Betreuung wechseln. Die Idee der Umsetzung einer interdisziplinären Zusammenarbeit und eines Miteinanders zum Wohle aller ist bei vielen Kollegen noch nicht angekommen. Vorhandene Ängste vor allem des Abwanderns von Patienten und das Konkurrenzdenken sind für die Weiterentwicklung dieses Gedankens sehr hinderlich.

Ziel:

Abbau der Ängste bei den Hausärzten und Förderung der Überweisungen ihrer Patienten um 20 %.

Aktivität:

Durch eine Information über die Arbeit der Schwerpunktpraxis im hausärztlichen Qualitätszirkel wird eine erste vertrauensbildende Maßnahme eingeleitet. Gemeinsam mit den Hausärzten wird eine Checkliste zur Information des Hausarztes während und nach der Behandlung durch die SPP erarbeitet. Die Hausärzte erhalten während der Behandlung einen Kurzbrief und spätestens vier Wochen nach Beendigung der Behandlung eine ausführliche Information.

Ergebnis:

Ende 2009 wurde im Qualitätszirkel über die oben aufgeführten Maßnahmen gesprochen, die Checkliste liegt noch nicht vor, Rücküberweisungen und fristgerechte Informationen der Hausärzte werden in 50% der Fälle durch die SPP sichergestellt. Die Anzahl der Überweisungen durch Hausärzte konnte gesteigert werden.

Problem/Verbesserungspotential

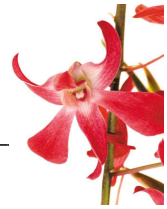
Am Qualitätszirkel nehmen nur ein Teil der potentiellen Zuweiser der SPP teil. Die restlichen überweisen auch weiterhin nicht.

Ziel

Steigerung des Bekanntheitsgrades des Qualitätszirkels und der SPP.

Aktivität:

Planung einer Eröffnungsveranstaltung der neuen Räumlichkeiten der SPP im März 2010 gekoppelt mit einer Vernisage mit Werken eines jungen bildenden Künstlers.



Im weiteren Verlauf regelmäßige Durchführung solcher Vernissagen und Zusammenarbeit mit Galerien der Region.

Schlusswort

Fazit:

Seit dem Entschluss am Diabetesqualitätsmanagement teilzunehmen, während der Ausarbeitung dieses Qualitätsberichtes und während des gesamten Zeitraumes in dem wir uns mit dem Gedanken von Qualität befasst haben, hat sich vieles in der Praxis bereits positiv verändert.

Viele der Arbeitsgänge in der Praxis wurden modifiziert, gestrafft oder auch neu strukturiert. Das gesamte Diabetesteam hat die Erfahrung gemacht – Qualität lohnt sich, gelebte und eingesetzte Qualität zeigt, sobald sie erbracht wird, deutliche Verbesserungen für alle – für Patienten und für das gesamte Team. Ein kontinuierlich verfolgter Prozess der Qualitätsoptimierung ist für alle an der Umsetzung Beteiligten spannend, stärkt den Willen zur eigenständigen Initiative jedes einzelnen, motiviert, treibt voran und dient letztendlich einer verbesserten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Aller Anfang ist schwer – aber lohnenswert!