

DQM-Qualitätsbericht

mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement

zur Anerkennung als Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG



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

Der vorliegende Bericht ist der vierte Qualitätsbericht unserer Praxis.

Nach der erfolgreichen RE-Zertifizierung im Jahr 2016 hielten wir am bisherigen Ablauf der Qualitätsmanagementarbeit mit der Hauptverantwortlichen Frau Karolin Ott und ihrer Freistellung für QM an einem Tag der Woche im Dienstplan fest. Durch die Einführung der EuDSGV war es notwendig, parallel dazu eine Datenschutzbeauftragte zu bestellen. Frau Anne-Marie Kaselowsky übernahm nach einer Schulung sehr umsichtig diese verantwortungsvolle Aufgabe. 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 dies 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
- fünf Arzthelferinnen in Vollzeitstelle,
- eine Praxismanagerin in Vollzeitstelle
- eine Auszubildende
- eine Reinigungskraft
- eine Ärztin in Weiterbildung

Unsere Bestrebungen zielen auf

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

DQM Qualitätsbericht Praxis	Freigabe durch DQM-Gesellschafter am 09.11.2014	Revisionsstand 1. Fassung 09.11.2014	Erstellt von A.Münzinger/U.Sendermann	Seite 1
-----------------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------------	---------

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)		

○ Erhalt der Anzahl von Patienten mit Typ 1-Diabetes und Patientinnen mit Gestationsdiabetes.
 Seit der letzten Zertifizierung wurde der Anteil insgesamt an Behandlungsfällen gehalten. Da unsere Kapazitätsgrenzen erreicht sind. Um entsprechend den Qualitätsrichtlinien Neupatienten zeitnah versorgen zu können, wurden die Diabetesberaterinnensprechstunden ausgebaut. Die Wiedervorstellungsabstände bei Frau Dr. Gärtner konnten so gestreckt werden.

	2011	2015	2018
Patienten	1886	2290	2365
Fallzahlen pro Quartal im Durchschnitt			
Diabetiker	638	816	658
Davon Typ 1	70	90	75

Die fachlich kompetente und zuvorkommende Betreuung unserer hausärztlichen Patienten ist uns weiterhin ein großes Anliegen, insbesondere, da wir Ausbildungspraxis für die FSU Jena sind. In diesem Zusammenhang beschäftigen wir seit Sommer 2018 eine Weiterbildungsassistentin. 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 Juli 2019

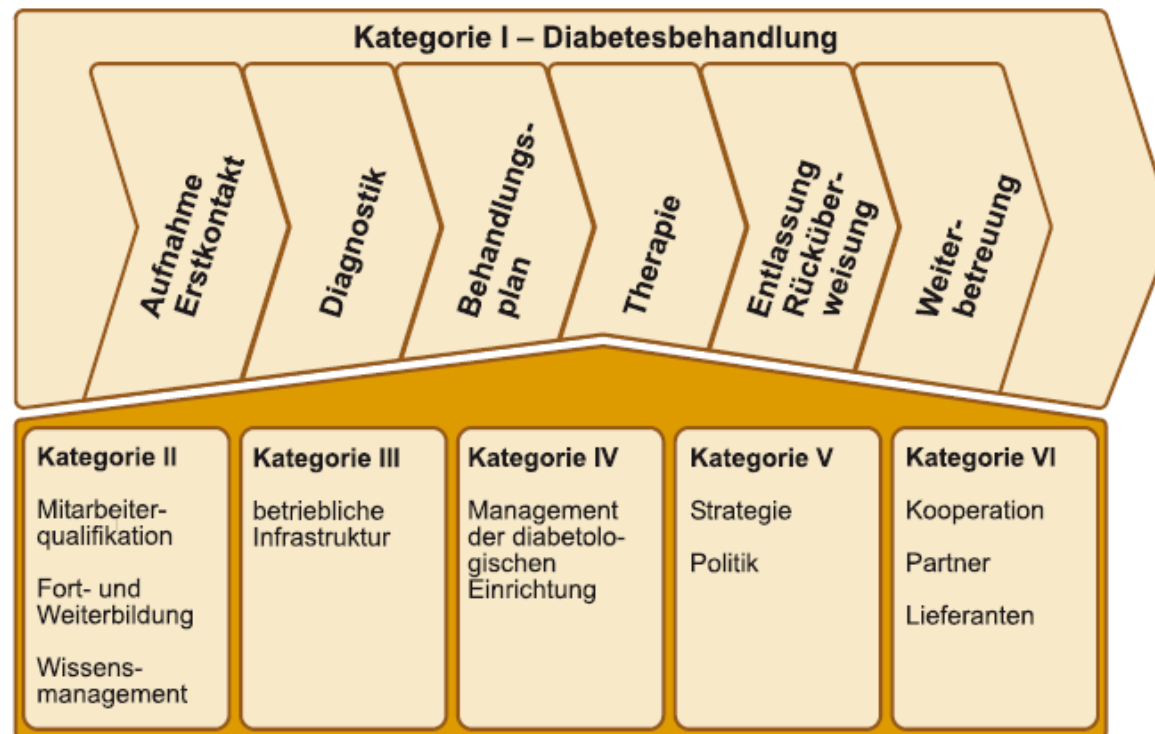
DQM-Erstzertifizierung: 2009	Datum:	Weitere Zertifizierungen der Praxis (z.B. Anerkennung als Fußeinrichtung, DIN ISO, QEP etc.) : Fußbehandlungseinrichtung der DDG QEP
___ DQM-Rezertifizierung: 2016	Datum:	

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	<p>Darstellung der Praxis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1.3.(1)IR_Terminvergabe 2. 1.1.3 CL Termindringlichkeitdiabetologie 3. 3.1.1.Dok2 Aufgabenverteilung 4. 3.1.1 Dok3 Vertretung-kurz 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	<p>Darstellung der Praxis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. es gibt ein Bestellzettel , in dem die mitzubringenden Unterlagen angekreuzt werden 2. wie 1 3. wie 1 	
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	<p>Darstellung der Praxis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2.2.1 (1) IR_WahrungderIntimsphäreinderPraxis 2. wie 1- 3. wie 1. 	



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 Termindringlichkeitdiabetologie.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. es gibt ein Praxiswegweiser, der im Wartezimmer ausliegt	
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. werden an Anmeldung gleich eingescannt 2. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan 3. 1.2.3 Durchführung Diagnostik 4. 1.3.1 (1) IR Therapieentschg.u.-plang , 1.3.4 Behandlungspfade, Leitlinien und Evidenzbasierte Medizin 5. wie 2.	
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 Dok3 Vertretung-kurz/ 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. wie 1. / 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?	1. Behandlungspfade der häufigsten Krankheitsbilder (mind. 5) 2. Darstellung Schulungsprozess 3. Darstellung Fußbehandlungsprozess
1.3.1	Darstellung der Praxis: 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?	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: 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?	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: 1. 1.3.5.(1)IR Notwendigkeit Schulungen 2. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 3. 1.3.5.(2)Erkrankungsspezifische Schulungen 4. wie 2.	
1.3.4	Welche Verantwortlichkeiten sind für die Schulungsplanung festgelegt?	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. wie 1.	
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. 1.3.1 (1) IR Therapieentschg.u.-plang 3. wie 1.	

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. DMP	
1.4.3	Wie ist der Schulungsablauf geregelt?	1. Umsetzung der Curricula, Schuleinheiten 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

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>
1.4.4	Darstellung der Praxis: 1. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan 2. Wundversorgung 3. Kapitel I MRSA 4. wie 2. 5. alle 2 Jahre	
1.4.5	Wie stellen Sie die Patientenorientierung bei der Therapie sicher?	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: 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 Dienst 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?	<ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan.doc / Recalls werden nicht durchgeführt, wegen zu geringer Nachfrage. 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: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.5.4 (1) IR EntlassungRücküberweisung 	
1.6.3	Wie stellen Sie die Patientenorientierung bei der Weiterbetreuung sicher?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorgehensweise wenn Patienten Termine versäumt haben 2. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit 3. Verweis auf Selbsthilfegruppen
1.6.3	Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patient wird angerufen, ggfls. neuer Termin vereinbart 2. Wird in Abständen im Rahmen des QM durchgeführt, letztmalig 2016 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. weiterbildungsplan 2016 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 	

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. ja	
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?	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: 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?	1. Auflistung der diabetesspezifischen Geräteausstattung 2. Wartungsplan 3. Mitarbeitereinweisung gemäß MPG 4. Überwachung von Messmitteln 5. Kühltisch und Kühltischthermometer
3.2	Darstellung der Praxis: 1. Geräteordner 2. Geräteordner 3. Geräteprotokoll 4. Geräteordner 5. 4.2.3 CL2 Kühltischtemperatur	
3.3	Welche Regelungen gibt es zum Umgang mit diabetesspezifischen Verbrauchsmaterialien?	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: 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?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Richtlinien, Empfehlungen des RKI werden. im Hygieneplan, Desinfektionsplan, berücksichtigt 2. MRSA-Management
3.4	Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 4.3.2 Hygiene und Reinigung 2. 4.3.2 Hygiene und Reinigung 	
3.5	Wie werden Informationen für Externe (Patienten, Interessenten) bereitgestellt?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infomaterialien zu spezifischen Krankheitsbildern 2. Homepage
3.5	Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.6.1 (1) IR Prävention 2. www.praxis-mueller-gaertner.de 	
3.6	Welche Möglichkeiten von innovativen Messtechnologien nutzen Sie?	<ol style="list-style-type: none"> 1. CGM-Technologie, Internetanbindung der Praxis - Telemonitoring 2. elektronisches Auslesen von Blutzuckermessgeräten
3.6	Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 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?	<ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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	Darstellung der Praxis: <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	Darstellung der Praxis: <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, ggffls. in Zukunft mal andenken 	
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	Darstellung der Praxis: <ol style="list-style-type: none"> 1. 3.1.4 (2) IR Teambesprechung 2. 3.1.4 (2) IR Teambesprechung 	

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. 3.1.4 (1) IR Mitarbeiterinformation 4. 3.1.4 (1) IR Mitarbeiterinformation/3.1.4 (2) IR Teambesprechung
4.4	Wie stellen Sie ein effektives Fehler- und Risikomanagement sicher?	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: 1. 5.1.7.(1)IRLenkung Fehler 2. wie 1. 3. wie 1. 4. wie 1.	
4.5	Wie stellen Sie ein effektives Beschwerdemanagement sicher?	1. Verfahrens-/ Checklisten 2. Erhebung von Beschwerden 3. Analyse und Bewertung von Beschwerden 4. Bearbeitung und Behebung von Beschwerden
4.5	Darstellung der Praxis: 1. 5.1.7.2.Beschwerdemanagement 2. wie 1. 3. wie 1. 4. wie 1.	
4.6	Welche Aktivitäten zur Förderung der Öffentlichkeitsarbeit unternehmen Sie?	1. Informations- und Vortragsveranstaltungen 2. Veröffentlichungen (Newsletter, Pressemitteilungen) 3. Selbsthilfegruppen
4.6	Darstellung der Praxis: 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>		

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

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. Regionale oder überregionale Gremienarbeit
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. 4.	

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

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>
6.4	Darstellung der Praxis: 1. DQM Qualitätsbericht muellerthiele2012 Seite25 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. siehe 1. 3. siehe 1.	

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>
-----	----------------------------	---

Jahr 2019

Kat. Nr.	Optimierungsbedarf / Problem <i>Beschreiben Sie hier den Bedarf / das Problem. Wie zeigt sich das Problem? Warum ist das so?</i>	Ziel – Plan <i>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.</i>	Maßnahme - Do <i>Beschreiben Sie konkret, welche Maßnahmen Sie wie oft, in welchen Bereichen, mit welchen Verantwortlichkeiten ergreifen, um die gesetzten Ziele zu erreichen.</i>	Ergebnisse – Check-Act <i>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.</i>
1.1	Der Arztbrief verlässt spätestens 5 Arbeitstage nach der Abschlussuntersuchung die Praxis	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetesberaterinnen bereiten nach der Schulung den Arztbrief vor - Ziel ist, dass in 80% der Fälle das Ziel erreicht wird 	- Stichprobe 1x im Jahr	<p>5.1.4 Dok2 Ziel1.1 Arztbriefe 2016: 88% erreicht 2017: 91% erreicht</p> <p>2018: 84% erreicht (Stichprobe beinhaltet auch Pat. die zur Schulung waren, hier wird oft der Brief nicht innerhalb von 5 Tagengeschrieben)</p> <p>2019: 83% erreicht</p>
1.2	EKG bei allen Diabetikern 1x im Jahr Neu 2019 auf 90%	<ul style="list-style-type: none"> - Eintragung in Patientenakte, wann letztes EKG durchgeführt wurde - In Teambesprechungen immer wieder thematisiert 	Stichprobe 1x im Jahr	<p>5.1.4 Dok5 Ziel1.2 EKG 2016: 91% erreicht 2017: 68% erreicht 2018: 78% erreicht 2019: 92% erreicht</p>

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	Sonografie Abdomen bei allen Diabetikern 1x in 2 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - Es gibt bisher keinen Automatismus, der dafür sorgt, dass kein Pat. vergessen wird - Vorwiegend denkt Fr. Dr. Gärtner daran - dass in 50%der Fälle das Ziel erreicht wird NEU 	- Stichprobe 2x im Jahr	5.1.4 Dok6 Ziel1.3 Sono 2016: 28% erreicht 2017: 22% erreicht 2018: 39% erreicht 2019: 50% erreicht
1.4	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 	- Stichprobe 1x im Jahr	5.1.4Dok7 Ziel1.4 Wartezeiten 2016: 64% 2019: 87% erreicht
1.5	Strukturierte ganzheitliche Behandlung in der FSP (BMI/RR/Fußstatus/Hba1c) Neu 2019 50%	<ul style="list-style-type: none"> - ab 2017 2 Mitarbeiter in FSP - Einstellung eines Azubis um mehr Kapazitäten zu erreichen 		5.1.4 Dok5 Ziel1.5 ganzheitliche Behandlung FSP 2017: 89% erreicht 2018: 80% 2019: 65%
1.6	Einheitliche Betreuung von Müller/ Dr. Gärtner Pat.	<ul style="list-style-type: none"> - es soll darauf geachtet werden, dass eine einheitliche Betreuung (zu 80%) erreicht wird .Augenmerk liegt besonders bei DMP Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiter in der Vorbereitung achten auf die Umsetzung der Checkliste 1.1.3 CL Termin-Ablaufplan	5.1.4 Dok6 Ziel1.6 einheitliche Behandlung Stichprobe 2017 (20 DMP Pat. von bd. Ärztinnen) – 90 % erreicht 2018: 78% erreicht 2019: 80% erreicht
1.7	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 	Anzahl GRG in 2013: 562 Anzahl GRG in 2015: 637 Anzahl GRG in 2016: 490 Anzahl GRG in 2017: 576

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>				
			wurde immer wieder angesprochen, daran zu denken	Anzahl GRG in 2018:
1.6	Vollständigkeit und Aktualität des Impfstatus unserer Patienten 75% (TdPer/Polio)/Pneum, ggf Auffrischung von FSME)	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßiges Einfordern der Impfdokumente von den Patienten und Erfassung im PVS - Vorhaben: Stichprobenüberprüfung- (von Tagesliste 40 Patienten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Mitarbeiterinnen und die Ärztinnen achten auf die Impfdokumente und kontrollieren sie bei jedem Praxisbesuch - Kontrolle des Impfstatus 2x im Jahr anhand der Tagesliste 	Sep 2017: 60 % erreicht → Mehr drauf achten, vor allem bei jüngeren Patienten 23 Aug 2018: 76,2% erreicht 11 Dez 2018: 82,9% erreicht
2	Wissensmanagement	<ul style="list-style-type: none"> - Freie Zugänglichkeit der Fachliteratur für MitarbeiterInnen - Zu klären ist, wer dies regelmäßig überprüft Neu 	<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"> - Ordner wurde angelegt - 2017 1x im Quartal wird auf Aktualität geprüft durch QM-Beauftragte – Informationsmaterial für alle Zuständig
1	Arztbrief für Pat in FSP pro Quartal erstellen	<ul style="list-style-type: none"> - es muss mehr darauf geachtet werden, dass der Arztbrief aller 3 Monate erstellt wird - Prüfung der Pat. am Ende des Quartals ob Arztbrief geschrieben wurde 	<ul style="list-style-type: none"> - es wird am Ende des Quartal geprüft ob Arztbrief geschrieben wurde und ggf. Dr. Gärtner eine Notiz über fehlende Briefe vorgelegt - Ab 2 Quartal 2018 bereitet AH Peggy Briefe vor 	5.1.4 Dok5 Ziel1.1 Arztbrief FSP <ul style="list-style-type: none"> - 2017: 55% erreicht - 2018: Ü.-FSP-Pat im Juni 16Pat, davon Brief 13 81% - 2019: 83% erreicht
2	1x jährlich Spiro bei allen DMP COPD/Asthma Patienten 60% Neu	<ul style="list-style-type: none"> - Eintragung in Patientenakte, wann letztes Spiro durchgeführt wurde 	<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobe 1xjährlich 	
4	Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - es muss folgendes ausarbeitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Dienstplan wird so umstrukturiert, dass DSB Anne 	<ul style="list-style-type: none"> - Technisch organisatorische Maßnahmen (TOM) in Arbeit

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>		
	Datenschutzgrundverordnung	<ul style="list-style-type: none"> - Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten - Technisch organisatorische Maßnahmen (TOM) - Gefahrenfolgeabschätzung 	Zeit für die Umsetzung hat	<ul style="list-style-type: none"> - Gefahrenfolgeabschätzung wird 2019 fertig gestellt
5	Patientenbefragung	<ul style="list-style-type: none"> - Planung 2018 		<ul style="list-style-type: none"> - Herbst/Winter 2018
6	Behandlungsziel in Karteikarte eintragen. 50 % erreicht Neu 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetesteam und Ärztin tragen in der Patientenakte die Behandlungsziele ein. Ziel soll zu 50 % erreicht werden. 1xjährl. Stichprobe bei 40 Diab. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es wurde Makro Ziel erstellt, dieses soll nach jeder Behandlung/ nach jeder abgeschlossenen Schulung eingetragen werden 	<ul style="list-style-type: none"> -