

EQUAM-Standards Modul C

Indikatoren für die klinische Ergebnis- und Indikationsqualität

C5: Medikationssicherheit

Version 1

Das EQUAM-Zertifizierungs-System besteht aus 3 Modulen:

A: Relevante Kriterien aus dem Europäischen Praxisassessment (EPA)	→	EQUAM Qualitätszertifikat „Zertifizierte Praxisqualität (EPA)“ (= Modul A, für Einzelpraxen)
B: Prozess-Indikatoren der integrierten Versorgung	→	EQUAM Qualitätszertifikat „Zertifizierte Netzqualität (Integrierte Versorgung)“ (= Module A & B, für Praxisnetze)
C: Indikatoren für die klinische Ergebnis- und Indikationsqualität	→	EQUAM Qualitätszertifikat „zertifizierte Behandlungsqualität“ (= Module C, für Ärzte)

Indikatoren der Qualitätsmessung:

- 1) **Die aktuelle Medikation ist mit dem Patienten abgeglichen**
 - a. Periodische Überprüfung der aktuellen Medikation, Abgleichung mit dem Patienten
 - b. Schnittstellen:
 - c. Leitlinie für das Management der Medikation von Komplexfällen
- 2) **Indikationsstellung für die aktuelle Medikation**
 - a. Diagnoseliste
 - b. Indikation für die Medikation
 - c. Periodische Kontrolle
- 3) **Praxisapotheke und Notfallmedikation (Basis Modul A / EPA)**
 - a. Sicherheit der Praxisapotheke
 - b. Sicherheit und Vollständigkeit des Notfallkoffers
- 4) **Ärztliche Qualitätszirkel und Fortbildung**
 - a. Schulung der Ärztinnen und Ärzte
 - b. Schulung der MPAs
 - c. Erfassung und Diskussion ADE und Critical Incidents, Festlegen von Massnahmen
- 5) **Elektronifizierung des Medikationsmanagements**
 - a. Planung der Elektronifizierung

Präambel

EQUAM arbeitet seit Jahren mit akkreditierten Indikatorensets für die Zertifizierung von Einzelpraxen, Gruppenpraxen und Ärztenetzen, seit 2005 auf der p der Indikatoren des European Practice Assessment (EPA). Bis 2007 setzte sich das Zertifikations-Set – wie praktisch in allen Qualitätsbemessungssystemen – vorwiegend aus Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität zusammen. Die EQUAM Produktpalette beinhaltete bis dahin das Zertifikat für Arztpraxen (**Modul A «Zertifizierte Praxisqualität / EPA»**) sowie einen ergänzenden Teil für Praxen und Netze der integrierten Versorgung (**Modul B «Zertifizierte Netzqualität / Integrierte Versorgung»**), bestehend aus höherwertigen Prozessindikatoren.

Seit Anfang 2008 bietet EQUAM zusätzlich ein klinisches Zertifikat mit Indikatoren und Standards aus der **Ergebnis- und Indikationsqualität** an (**Modul C «Zertifizierte Behandlungsqualität»**). Noch mehr als zuvor hebt sich EQUAM damit von andern Qualitätslabeln ab und erfüllt damit die langjährigen Postulate ärztlicher und gesundheitspolitischer Stellen (u.a. BAG, SAMW, FMH).

Nach den Modulen C1 Arterielle Hypertonie, C2 Diabetes mellitus, C3 KHK und C4 AUF-Attestierung (im Auftrag der Suva) liegt neu das **Modul C5 Medikationssicherheit** vor, das sich schwergewichtig mit der Vermeidung von Medikationsfehlern und der Indikationsstellung beschäftigt. Wie bei den Modulen C1 – C4 sind die Indikatoren nach wissenschaftlichen Grundsätzen erarbeitet und validiert worden¹.

Definitionen

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Von der WHO als schädliche und unbeabsichtigte Reaktionen definiert, die in Dosierungen auftreten, die beim Menschen zur Prophylaxe, Diagnose, Therapie oder zur Modifikation physiologischer Reaktionen üblich sind.

Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) / Adverse Drug Events (ADE)

Ereignisse, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer Arzneimittelgabe stattfinden. Dies können Veränderungen von Laborwerten sein, aber auch das Neuauftreten von Symptomen oder gar Erkrankungen. UAE treten nicht nur durch Fehler auf.

Medikationsfehler (medication errors) sind vermeidbare UAE resp. ADE

Diese Ereignisse wären nicht eingetreten, wenn der Patient lege artis behandelt worden wäre. Medikationsfehler sind Fehler, die im Prozess der Verordnung, Transkription, Abgabe, Verabreichung oder Kontrolle entstehen.²

¹ Die Indikatoren wurden aufgrund wissenschaftlicher Publikationen in einer spezialisierten Projektgruppe (siehe Grundlagen) entwickelt und im Rahmen mehrerer Pilotaudits geprüft und angepasst. Nähere Informationen erteilt die EQUAM Geschäftsstelle.

² National Coordinating Council for Medication Error and Prevention (USA)

Grundlagen

Die Medikationssicherheit ist in der medizinischen Qualitätssicherung zunehmend als kritischer Faktor erkannt worden. Laut FMH und BAG sind die UAE für 30 bis 50 Prozent aller unerwünschten Ereignisse im Gesundheitswesen verantwortlich, ebenfalls 30 bis 50 Prozent davon sind vermeidbar und damit Medikationsfehler.³ EQUAM hat deshalb entschieden, die Reihe ihrer klinischen Module mit einem Modul C5 Medikationssicherheit fortzuführen.

Nach wissenschaftlicher Evidenz ereignet sich die überwiegende Mehrzahl der Fehler bei sogenannten **Komplexfällen**, wobei folgende Definition benutzt wird:

Ein Patient wird in die Kategorie der **Komplexfälle** eingeteilt, falls eine der folgenden **Voraussetzungen** zutrifft:

- **Multimorbidität** (≥ 3 chronische Erkrankungen)
Minimalliste der hier zu berücksichtigenden Erkrankungen siehe **Anhang A**
- **Polypharmazie** (≥ 4 Medikamente)
Die Medikation muss im **Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen** stehen. Nicht hierzu zählen Medikamente wie z.B. Ballaststoffe, lokale Dermatologika, orale Eisenpräparate, lokale Ophthalmologika, Vitaminpräparate etc., ferner **Kurzmedikationen** (≤ 3 Wochen) und **Akutmedikationen** wie z.B. bei banalen Infekten oder Verletzungen. Bei **Kombinationspräparaten** zählt jeder einzelne Wirkstoff.
- **Potenziell kritische Medikamente**
Minimalliste siehe **Anhang B**

Den Ärzten steht es frei, weitere Patienten in die Kategorie der Komplexfälle einzuteilen (siehe unten).

Die relative Häufung der Medikationsfehler bei den **Komplexfällen** hat EQUAM veranlasst, den **Hauptfokus auf diese Patientenkategorie** zu legen. Diese Akzentsetzung beschränkt sich auf den **Indikator 1** („Die aktuelle Medikation ist mit dem Patienten abgeglichen“) und den **Indikator 2** („Indikationsstellung für die aktuelle Medikation“). Die übrigen Indikatoren betreffen das allgemeine Medikationsmanagement der Praxis.

Wie in allen Bewertungssystemen der medizinischen Versorgung kann in den Indikatorenansätzen hinsichtlich der vielen potenziellen Fehlerquellen niemals Vollständigkeit gewährleistet werden, so auch im EQUAM Modul C5. Die Selektion der vorliegenden Indikatoren richtet sich nach Prioritäten und zielt darauf ab, die Zahl der **gravierendsten und häufigsten Medikationsfehler** – vor allem auch durch **Sensibilisierung der Ärzte** – deutlich zu reduzieren. Dabei stützt EQUAM die Indikatorenauswahl auf eine Vielzahl relevanter Publikationen sowie auf die Meinungen ausgewiesener Experten⁴ und eines erfahrenen Projektteams.⁵

Erfassung der Komplexfälle

Ab dem Zeitpunkt der Anmeldung zur Zertifikation haben die Praxen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten laufend (oder auch retrograd) die Komplexfälle zu erfassen und damit eine **Komplexfallliste** zu erstellen. Die Komplexfälle sind als solche mit einer sogenannten **red flag** zu markieren, die als Warnsignal dient und den Ärzten dadurch auch eine Hilfe bietet.

³ Siehe hierzu auch: Pretorius et al. (2013), Nikolic et al. (2012), Tam et al. (2008), Rohe et al. (2005), Grandt et al. (2005), Ghandi et al. (2003), Beyer et al. (2003), Rubin et al. (2003), Dovey et al. (2002), Wilson et al. (2002).

⁴ Als Experten wurden herbeigezogen: Prof. Dr. Kurt Hersberger, Dr. med. Marco Egbring, Dr. Elmira Fahr, Dr. med. Etzel Gysling

⁵ Dem Projektteam gehörten an: Dr. med. lic et lic. oec Kurt Hess, Dr. med. Johannes Brühwiler, Dr. med. Felix Huber, Msc. Sigrig Hess-Scheurer, Dr. med. Christian Marti, Dr. med. Christian Peter

Komplexfälle können nicht elektronisch direkt aus den Datensätzen extrahiert werden, da noch keine entsprechende Software auf dem Markt ist. Die Erfassung muss deshalb **manuell** erfolgen, wobei sich folgende zwei alternative Optionen anbieten:

1. Setzen einer **red flag** rein manuell auf der Krankenakte und/oder in der praxiseigenen Software.
2. Einige Softwareunternehmen bieten neu eine Software an, die beim Aufrufen eines Patienten die zuvor manuell gesetzte **red flag** als Warnhinweis erkennbar macht.

Wie oben erwähnt, kann die Praxis diese **red flag** auch bei Fällen setzen, die zwar nicht obiger Definition entsprechen, jedoch aus individueller ärztlicher Erfahrung und Überlegung besonderer Vorsicht im Medikationsmanagement bedürfen.

Allgemeine Bestimmungen

Für eine Zertifizierung nach dem C5 Medikationssicherheit sind somit folgende Voraussetzungen zu beachten:

- Das Audit umfasst einen zuvor festzulegenden **Beobachtungszeitraum von mindestens 6 Monaten**. In dieser Zeitspanne hat die Praxis im Hinblick auf die Zertifizierung die Daten zu sammeln und die geforderten Dokumentationen zu erstellen. Im Speziellen sind die Komplexfälle zu erfassen und in der **Komplexfallliste** (elektronisch oder manuell) zu sammeln.
- Das Audit verlangt in den **Indikatoren 1 und 2** die Prüfung eines Samples aus der **Komplexfallliste**. D.h. aus der Komplexfallliste zieht der Auditor ein **Sample von 10** Krankenakten zur Prüfung der einzelnen Minimalstandards. Können mit diesem Sample die Minimalstandards nicht erfüllt werden, kann der Arzt bis zu zwei weitere Samples à 10 Krankenakten verlangen. Insofern soll die Komplexfallliste mindestens 40 Fälle dokumentieren.
- EQUAM stellt im **Anhang A** die **Minimalliste der chronischen Erkrankungen** und in **Anhang B** die **Minimalliste der potenziell kritischen Medikamente** zur Verfügung.
- Die Zertifizierung erfordert zur Prüfung die **Einsichtnahme der Auditoren** in eine Stichprobe von zufällig ausgewählten Krankengeschichten. Dies setzt das **Einverständnis der betreffenden Patienten** voraus.
(Gemäss der bisherigen Praxis der Schweizerischen Akkreditierungsstelle genügt ein Aushang im Wartezimmer).
- Wenn eine Zertifizierung nach Modul C grundsätzlich auch mit einer manuell geführten Krankengeschichte durchgeführt werden kann, wird das Audit durch die Führung einer **elektronischen Akte** beträchtlich erleichtert und verkürzt.
- Das **Zertifikat** wird für eine **Zeitspanne von drei Jahren** ausgestellt. Danach muss eine Re-Zertifizierung durchgeführt werden.

Laufende Qualitätsverbesserung

Wie dies für alle EQUAM Audits gilt, hat die Praxis auch im Anschluss an die Zertifizierung zur Medikationssicherheit **Zielsetzungen mit einem Massnahmenplan** zur weiteren Qualitätsverbesserung auszuarbeiten und dem Auditor vorzulegen. Diese Planung hat die 3-5 wesentlichsten Defizite zum Thema, die im Audit diskutiert worden sind.

Der Auditor beurteilt vor dem Antrag zur Zertifikatserteilung, ob die vorgeschlagenen Ziele und Massnahmen angemessen sind. Die EQUAM Stiftung kann weitergehende Verbesserungen verlangen. Nach spätestens einem Jahr muss unaufgefordert ein **Bericht über den Grad der Zielerreichung** eingereicht werden. EQUAM kann eine Überprüfung vor Ort anordnen. Spätestens bei der Re-Zertifizierung ist dem Auditor gegenüber die Zielerreichung zu dokumentieren.

Thema	Anforderungen	Mess-Parameter	Anforderung erfüllt?
-------	---------------	----------------	----------------------

Indikator 1: Die aktuelle Medikation ist mit dem Patienten abgeglichen

Basis Komplexfälle: **Multimorbidität** (≥ 3 chronische Erkrankungen, Anhang A)
u/o **Polypharmazie** (≥ 4 Medikamente)⁶ u/o **Patienten mit potenziell kritischen Medikamenten** (Anhang B)

<p>1.1 Periodische Überprüfung der aktuellen Medikation und Abgleichung mit dem Patienten⁷ (Medication Review)</p>	<p>1.1.1 In der KG wird ein Medikationsblatt geführt, enthaltend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuelle, datierte und mit dem Patienten abgeglichene Medikation ▪ Angaben UAW (relevante Nebenwirkungen, Interaktionen etc.) 	<p>Sample von ___ (durch Auditor auszufüllen) Akten aus der Komplexfallliste (mindestens 10 Akten)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In ___ von ___ Fällen ist ein Medikationsblatt mit aktueller, datierter und mit dem Patienten abgeglichener Medikation vorhanden. (Mindestanforderung: ≥80%) ▪ In ___ von ___ relevanten Fällen sind Angaben zu UAW (relevante Nebenwirkungen, Interaktionen etc.) vorhanden. (Mindestanforderung: ≥80%) ▪ Die Praxis dokumentiert schriftlich, wo und wie die UAW sowie allfällige Interaktionen und relevante Nebenwirkungen erfasst werden. (Vorlage der Prozessbeschreibung) ▪ Der Abgleich mit dem Patienten wird bei ___ von ___ Konsultationen (ohne Kurzkonsultationen zu Kontrollzwecken oder Gelegenheits-Konsultationen ohne Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen) durchgeführt. (Eintrag in Medikationsblatt u/o KG-Eintrag. Minimalanforderung 100%) 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>1.1.2 Jeder Patient ist im Besitz einer Medikationskarte, enthaltend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuelle und mit dem Arzt abgeglichene Medikation. ▪ Ärztlich signiertes Datum der letzten Abgleichung. 	<p>Vorlage der in der Praxis abgegebenen Mustermedikationskarte, enthaltend Informationen gemäss 1.1.2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

⁶ Die Medikation muss im Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen stehen. Nicht hierzu zählen Medikamente wie z.B. Ballaststoffe, lokale Dermatologika, orale Eisenpräparate, lokale Ophthalmologika, Vitaminpräparate, ferner **Kurzmedikationen** (≤ 3 Wochen) und **Akutmedikationen** wie z.B. bei banalen Infekten oder Verletzungen. Bei **Kombinationspräparaten** zählt jeder einzelne Wirkstoff.

⁷ Mit den Patienten ist auch die Medikation aus der privaten **Hausapotheke** zu thematisieren.

Thema	Anforderungen	Mess-Parameter	Anforderung erfüllt?
<p>1.2 Schnittstellen:</p> <p>Nach einem Medikationswechsel durch Dritt-leistungserbringer wird die geltende Medikation mit dem Patienten abgeglichen.</p>	<p>1.2.1 Die Patienten sind angehalten, nach einem Medikationswechsel durch eine externe Stelle (Spital, Spezialarzt, Notfallarzt, Apotheke etc.) unverzüglich Kontakt mit dem Arzt aufzunehmen (telefonisch oder Anmeldung zur Konsultation).</p>	<p>Nachweis der Patienteninformation</p> <p><i>vorzugsweise Hinweis aus der Medikationskarte</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>ferner Patientenbrief</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>KG-Einträge der erfolgten Information</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Aushang in der Praxis</i> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>1.3 Leitlinie für das Management der Medikation von Komplexfällen.</p>	<p>1.3.1 Die Praxis arbeitet nach einer speziellen Leitlinie für das Management der Medikation bei kritischen Fällen (Polypharmazie, Multimorbidität, potenziell kritische Medikamente, ferner ältere Patienten, Dauerrezepte)</p>	<p>Vorlage der speziellen Leitlinie</p> <p><i>Die Leitlinie thematisiert mindestens:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>verkürzte Aktualisierungsintervalle</i> <input type="checkbox"/> – <i>Patienteninformation</i> <input type="checkbox"/> – <i>Umgang mit UAW/ADE</i> <input type="checkbox"/> – <i>Kompetenzen und Verantwortlichkeiten</i> <input type="checkbox"/> – <i>Umgang mit Dauerrezepten</i> <input type="checkbox"/> 	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

Thema	Anforderungen	Mess-Parameter	Anforderung erfüllt?
-------	---------------	----------------	----------------------

Indikator 2: Indikationsstellung für die aktuelle Medikation			
Basis Komplexfälle: Multimorbidität (≥ 3 chronische Erkrankungen, <u>Anhang A</u>) u/o Polypharmazie (≥ 4 Medikamente) ⁸ u/o Patienten mit potenziell kritischen Medikamenten (<u>Anhang B</u>)			
2.1 Diagnoseliste	<p>2.1.1 Die manuelle oder elektronische KG enthält eine Liste der Diagnosen, enthaltend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datum der Diagnosestellung ▪ Datum von Mutationen in den Diagnosen 	<p>Sample von __ Akten aus der Komplexfallliste (mindestens 10 Akten)</p> <p>In __ von __ Fällen ist eine Diagnoseliste mit dem Datum der Diagnosestellung vorhanden (<i>Mindestanforderung ≥ 90%</i>)</p> <p>In __ von __ relevanten⁹ Fällen enthält die Diagnoseliste das Datum von Mutationen in den Diagnosen <i>Mindestanforderung ≥ 90%</i>)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2 Indikation für die Medikation	<p>2.2.1 Die Medikation (inkl. Dosierung) ist für jede der aktuellen Diagnosen indiziert.</p> <p>Die aktuelle Medikationsliste steht in Einklang mit der Diagnoseliste.</p>	<p>Sample von __ Akten aus der Komplexfallliste (mindestens 10 Akten)</p> <p>Die Medikamente / Pharmagruppen können in __ von __ Fällen einer der aufgeführten Diagnosen zugeordnet werden (<i>Mindestanforderung ≥ 90%</i>)</p> <p><i>Wenn Medikamente nicht mit der Diagnoseliste in Einklang stehen:</i> <i>In __ von __ Fällen konnte hierfür eine plausible Erklärung abgegeben werden (Mindestanforderung 100%)</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

⁸ Die Medikation muss im Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen stehen. Nicht hierzu zählen Medikamente wie z.B. Ballaststoffe, lokale Dermatologika, orale Eisenpräparate, lokale Ophthalmologika, Vitaminpräparate, ferner **Kurzmedikationen** (≤ 3 Wochen) und **Akutmedikationen** wie z.B. bei banalen Infekten oder Verletzungen. Bei **Kombinationspräparaten** zählt jeder einzelne Wirkstoff.

⁹ D.h. in Fällen, bei denen Mutationen überhaupt vorliegen.

Thema	Anforderungen	Mess-Parameter	Anforderung erfüllt?
2.3 Periodische Kontrolle der Indikationsstellung zu jedem Medikament	2.3.1 Die laufende Medikation wird in <u>jeder Konsultation</u> ¹⁰ darauf kontrolliert, ob die ursprüngliche Indikation noch gegeben ist.	Sample von __ Akten aus der Komplexfallliste (mindestens 10 Akten) In __ Fällen kann die mindestens jährliche Kontrolle der Indikation dokumentiert werden. (Mindestanforderung ≥ 50%)	<input type="checkbox"/>

Indikator 3: Praxisapotheke und Notfallmedikation (Basis Modul A / EPA)			
Betreibt Ihre Praxis Selbstdispensation?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> >> weiter zu Indikator 4
3.1. Sicherheit der Praxisapotheke (Beurteilung vor Ort)	3.1.1 Die Praxis bewahrt alle Medikamente sicher vor unbefugtem Zugang auf.	Visitation der Praxisapotheke	<input type="checkbox"/>
	3.1.2 Die Praxis bewahrt Medikamente des Betäubungsmittelgesetzes (BMG) in einem abgeschlossenen Schrank auf.	Der Schrank ist massiv und unverrückbar befestigt Schrankschlüssel nur bei autorisierten Personen (Schlüsselliste vorhanden)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3.1.3 Kompetenzen zur Medikamentenabgabe sind geregelt (Dauermedikation, kritische Medikamente)	Dokumentation des Verfahrens und der Verantwortlichkeiten (Vorlage der schriftlichen Regelung)	<input type="checkbox"/>
	3.1.4 Die Verantwortlichkeit für die periodische Überprüfung der Verfalldaten ist geregelt.	Dokumentation des Verfahrens und der Verantwortlichkeiten (Vorlage der schriftlichen Regelung)	<input type="checkbox"/>

¹⁰ Ausgenommen sind Kurzkonsultationen zu Kontrollzwecken oder Gelegenheits-Konsultationen ohne Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen.

Thema	Anforderungen	Mess-Parameter	Anforderung erfüllt?
	3.1.5 Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und das Auffüllen der Medikamente.	Dokumentation des Verfahrens und der Verantwortlichkeiten <i>(Vorlage der schriftlichen Regelung)</i>	<input type="checkbox"/>
	3.1.6 Medikamente werden entsprechend den Temperaturvorschriften gelagert.	Die Praxis hat einen Kühlschrank für zu kühlende Medikamente. Lagerungstemperatur zwischen 2-8 Grad <i>(dokumentiert durch einen Maximum/Minimum-Thermometer)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.2 Sicherheit und Vollständigkeit des Notfallkoffers	3.2.1 Minimalliste gemäss Modul A / EPA <u>Anhang C</u>	Prüfung des Notfallkoffers: <ul style="list-style-type: none">• Alle in der Liste gemäss Anhang C aufgeführten Medikamente sind vorhanden <i>(vom Auditor im Anhang zu dokumentieren)</i>• Die Medikamente haben das Verfalldatum nicht überschritten <i>(Stichproben vom Auditor im Anhang zu dokumentieren)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3.2.2 Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfallkoffers.	Vorlage der Inventarliste	<input type="checkbox"/>
	3.2.3 Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und das Auffüllen der Notfallkoffer-Medikamente	Dokumentation des Verfahrens und der Verantwortlichkeiten <i>(Vorlage der schriftlichen Regelung)</i>	<input type="checkbox"/>
	3.2.4 Es gibt ein Verfahren zur Kontrolle der Haltbarkeitsdaten der Notfallmedikamente	Dokumentation des Verfahrens und der Verantwortlichkeiten <i>(Vorlage der schriftlichen Regelung)</i>	<input type="checkbox"/>
	3.3.5 Sichere Aufbewahrung des Notfallkoffers	Schilderung durch den Arzt <i>(falls im Auto: z.B. verschlossene Garage, verschlossener Kofferraum etc.)</i>	<input type="checkbox"/>

Thema	Anforderungen	Mess-Parameter	Anforderung erfüllt?
Indikator 4: Ärztliche Qualitätszirkel und Fortbildung			
4.1 Schulung der Ärztinnen und Ärzte	4.1.1 Jeder Arzt / jede Ärztin hat in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal an Fortbildungen zur Medikationssicherheit teilgenommen (incl. QZ)	Prüfung der Protokolle: Themata und Teilnehmerlisten der ärztlichen Qualitätszirkel resp. von Fortbildungen. Von __ überprüften Ärzten/Ärztinnen erfüllen __ die Anforderung (<i>Mindestanforderung: 100%</i>)	<input type="checkbox"/>
4.2 Schulung der MPAs	4.2.1 Jede MPA hat in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal an einer Fortbildung zur Medikationssicherheit teilgenommen (incl. QZ)	Prüfung der Protokolle: Themata und Teilnehmerlisten der MPA- Qualitätszirkel resp. von Fortbildungen. Von __ überprüften MPA's erfüllen __ die Anforderungen (<i>Mindestanforderung: 100%</i>)	<input type="checkbox"/>
	4.2.2 Es gibt eine schriftliche Regelung für die MPAs für den Umgang mit Medikamenten Jede MPA kennt die aktuelle Regelung	Vorlegen der Regelung <i>Mindestinhalt:</i> – keine Medikamentenabgabe ohne Kenntnis des Arztes <input type="checkbox"/> – 4-Augen-Prinzip bei kritischen Medikamenten <input type="checkbox"/> – Behandlung von UAW/ADE und Critical Incidents <input type="checkbox"/> – Kompetenzen <input type="checkbox"/> Von __ befragten MPA's kennen __ die aktuelle Regelung (<i>Mindestanforderung: 100%</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3 ADE und Critical Incidents in der Medikation werden systematisch erfasst und diskutiert, entsprechen-	4.3.1 UAW/ADE, Medikationsfehler und Critical Incidents im Zusammenhang mit der Medikation werden systematisch erfasst und mindestens jährlich besprochen	Vorlage der Erfassungsliste Dokumentation der Regelung zur Meldung von UAW/ADE und Critical Incidents (<i>Vorlage der schriftlichen Regelung</i>) Prüfung der Besprechungsprotokolle (z.B. QZ) sowie der Teilnehmerlisten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Thema	Anforderungen	Mess-Parameter	Anforderung erfüllt?
de Massnahmen werden ergriffen.	4.3.2 Aus der Besprechung der ADE und Critical Incidents werden entsprechende Massnahmen abgeleitet	Vorlage der Massnahmenpläne mit: - Terminplanung - Angabe der Verantwortlichkeiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Indikator 5: Elektronifizierung des Medikationsmanagements			
5.1 Planung der Elektronifizierung	5.1.1 Die Praxis plant mindestens die Einführung des elektronischen Rezepts und einer Interaktionssoftware in den kommenden 3 Jahren	Dokumentation der Massnahmenplanung mit Terminplan und Angabe der Verantwortlichkeiten <i>(Dieser Indikator findet Eingang in die Praxisziele, deren Erfüllung spätestens anlässlich der Re-Zertifizierung nach 3 Jahren geprüft wird).</i> <i>Siehe auch: Offene Fragen Anhang D</i>	<input type="checkbox"/>

Anhang A

Minimalliste der chronischen Erkrankungen

(Weitere chronische Erkrankungen können durch die Ärzteschaft in die Komplexfallliste aufgenommen werden.)

- Diabetes mellitus
- Arterielle Hypertonie
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz
- COPD / Asthma
- Chronische entzündliche Krankheit
- HIV
- Chronische Polyarthritits
- Chronische Niereninsuffizienz

Anhang B

Minimalliste der potenziell kritischen Medikamente

*(An sich ist jedes Medikament potenziell kritisch, sofern es falsch angewandt wird. Im Interesse der Praktikabilität wird die Minimalliste klein gehalten. Weitere Medikamente können durch die Ärzteschaft in die Komplexfallliste aufgenommen werden. Medikamente, die über **weniger als 3 Wochen** verabreicht werden, begründen für sich allein **keinen Komplexfall** – z.B. Antibiotika bei akuten Infekten)*

- Antikoagulantien
- Thrombozytenaggregationshemmer
- Diuretica
- Insulin
- Sulfonylharnstoffe
- Steroide
- NSAID
- Benzodiazepine
- Neuroleptica
- Lithium
- Antibiotica

Anhang C

Minimalliste der zum Notfallkoffer gehörenden Medikamente (gemäss EPA / Modul A)

Allgemeinarzt	Spezialarzt	Pädiater
Adrenalin	Adrenalin	Adrenalin
Atropin	Atropin	
Injektionsfähiges Corticosteroid (z. B. Dexametason, Betametason)	Injektionsfähiges Corticosteroid (z. B. Dexametason, Betametason)	Corticosteroid
Antihistamin Injektion (z. B. Chlorphenamin, Promethazin, Clemastin)	Antihistamin Injektion (z. B. Chlorphenamin, Promethazin, Clemastin)	Antihistamin
Tranquilizer (z. B. Diazepam, Lorazepam)	Tranquilizer (z. B. Diazepam, Lorazepam)	Tranquilizer (rektal)
NSAID (oral oder rektal)	NSAID (oral oder rektal)	Tranquilizer Injektion (z.B. Diazepam, Lorazepam)
Diuretikum (z. B. Furosemid)	Diuretikum (z. B. Furosemid)	
Glucagon oder Glucose	Glucagon oder Glucose	
Nitrat (Tabletten oder Spray, z. b. Isosorbidnitrat, Glyceroltrinitrat)	Nitrat (Tabletten oder Spray, z. b. Isosorbidnitrat, Glyceroltrinitrat)	
Morphin	Morphin	
Betamimetikum	Betamimetikum	Betamimetikum

Anhang D

Offene Fragen zum Thema Elektronisches Rezept und Interaktionssoftware

- Welche Erfahrungen machen Sie mit
 - o Elektronischen Rezepten
 - o Interaktionssoftwares
- Auf welche Schwierigkeiten stiessen/stossen Sie bei:
 - o Der Einführung?
 - o Im laufenden Betrieb?
- Gab es schon einmal Fehler, die mit dem elektronischen Rezept / der Interaktionssoftware in Verbindung stehen?
- Worauf muss man Ihrer Meinung nach besonders achten / wo liegen potentielle Fehlerquellen?

Anhang E

Literaturverzeichnis

Beyer, M. et al. "Fehler in der Allgemeinpraxis - Ergebnisse der internationalen PCISME Studie in Deutschland". *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 79 (2003): 327-337.

Dovey, S. M. et al. "A preliminary taxonomy of medical errors in family practice". *Quality and Safety in Health Care* 11 (2002): 233-238.

Gandhi, T. K. et al. "Adverse Drug Events in Ambulatory Care". *The New England Journal of Medicine* 348 (2003): 1556-64.

Grandt, D. et al. "Häufigkeit, Relevanz, Ursachen und Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, no. 3 (2005): 196-202.

Pretorius, R. W. et al. "Reducing the Risk of Adverse Drug Events in Older Adults". *American Family Physician* 87, no. 5 (2013): 331-338.

Rubin, G. et al. "Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors". *Quality and Safety in Health Care* 12 (2003): 443-447.

Tam, K. W. T. et al. "Detection and prevention of medication misadventures in general practice". *International Journal for Quality in Health Care* 20, no. 3 (2008): 192-199.

Wilson, T. & Sheikh, A. "Enhancing public safety in primary care". *British Medical Journal* 324 (2002): 584-587.