

Medikationssicherheit – Zertifizierte Behandlungsqualität

Programmbeschrieb

Version 2.1
15. Februar 2018

16.4.2018 Präzisierung Seite 10 (Kantonsapotheker_in)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziele	3
1.1 Komplexpatienten	3
1.2 Unerwünschte Ereignisse und Medikationsfehler	4
2. Ziele	5
3. Inhalte.....	5
3.1 Inhaltliche Struktur.....	5
3.2 Mindestkriterien und Erfüllungsgrad	6
3.3 Verfahren.....	7
4. Der Programmablauf	8
4.1 Anmeldung und Vertrag	9
4.2 Patientenregister.....	9
4.3 Voraudit.....	9
4.4 Dokumentenaudit	10
4.5 Audit vor Ort: Praxisstrukturen	11
4.6 Audit vor Ort: Peer Review KGs.....	13
4.7 Feedbackrunde.....	15
4.8 Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung.....	15
4.9 Zwischenbericht	15
4.10 Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag	15
5. Programmentwicklung	16
6. Literatur	17

1. Einleitung und Ziele

Die Problematik der Medikation und Medikationssicherheit steht bereits seit einigen Jahren im Fokus der Forschung rund um die Qualität und Patientensicherheit. Auch im ambulanten Bereich ist das Problem insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen und mehrfachen Erkrankungen akut.

Unerwünschte Ereignisse und Fehler passieren trotz sorgfältigster Arbeit der Ärztinnen und Ärzte und des gesamten Praxisteam und lassen verunsicherte Gesundheitsfachleute und Patientinnen und Patienten zurück.¹

Als Antwort auf diese Problemlage hat die EQUAM Stiftung das Zertifizierungsprogramm «Medikationssicherheit» erarbeitet. Die Erhebungen und Audits dieses Zertifizierungsprogrammes sollen dazu beitragen, die Medikationssicherheit zu erhöhen bzw. Medikationsfehler zu reduzieren.

Für weitere Informationen zu diesem Zertifizierungsprogramm, zum Ablauf oder zur Anmeldung nehmen Sie mit uns Kontakt auf: office@equam.ch oder 031 302 86 87.

1.1 Komplexpatienten

Als Komplexpatientinnen und -patienten bezeichnen wir im Folgenden jene, bei denen mindestens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

- Multimorbidität: Der / die Patient_in hat drei oder mehr chronische Erkrankungen, z. B.
 - Diabetes mellitus
 - arterielle Hypertonie
 - koronare Herzkrankheit
 - Herzinsuffizienz
 - COPD / Asthma
 - chronische entzündliche Krankheit
 - HIV
 - chronische Polyarthrit
 - chronische Niereninsuffizienz

- Polypharmazie: Der / die Patient_in nimmt vier oder mehr Medikamente im Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen ein.
Nicht hierzu zählen z. B. Ballaststoffe, lokale Dermatologika, orale Eisenpräparate, lokale Ophthalmologika, Vitaminpräparate etc., ferner Kurzmedikationen (weniger als drei Wochen) und Akutmedikationen wie z. B. bei banalen Infekten oder Verletzungen. Bei Kombinationspräparaten zählt jeder einzelne Wirkstoff.

¹ Siehe z.B. Wallace et al. (2015), Pretorius et al. (2013), Dreischulte & Guthrie (2012), Meyer-Nikolic et al. (2012), Taché et al. (2011), Tam et al. (2008), Ghandi et al. (2003).

- Der / die Patient_in nimmt während mehr als drei Wochen potentiell kritische Medikamente zu sich. z. B.
 - Antikoagulantien
 - Insulin
 - Sulfonylharnstoffe
 - Immunsuppressiva wie Zytostatika
 - Antiepileptika
 - Steroide
 - NSAID
 - Benzodiazepine
 - Neuroleptika
 - Lithium
 - Antibiotika

Bei der Erstellung des Patientenregisters (siehe unter 4.2) sind alle Patientinnen und Patienten miteinzubeziehen, die mindestens eines der obigen Kriterien erfüllen. Zusätzlich kann die Ärztin, der Arzt weitere Einschlusskriterien (Krankheiten, kritische Medikamente) definieren. Zu den kritischen Medikamenten können beispielsweise auch Thrombozytenaggregationshemmer oder Diuretika gehören.

1.2 Unerwünschte Ereignisse und Medikationsfehler

Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UE) sind schädliche Ereignisse, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer Arzneimittelanwendung auftreten. Ein Beispiel dafür kann eine starke Hautreaktion nach Penicillin-Gabe sein.

Medikationsfehler (MF) sind Abweichungen von dem für die Patientin, für den Patienten optimalen Medikationsprozess, die zu einer grundsätzlich vermeidbaren Schädigung der Patientin, des Patienten führen oder führen könnten.

Ein Beispiel ist eine starke Hautreaktion nach Penicillin-Gabe, wenn die Allergie jedoch in der KG vermerkt war. (siehe Fishman et al. 2015)

Insofern führen nicht alle Medikationsfehler zu unerwünschten Ereignissen und nicht alle unerwünschten Ereignisse sind vermeidbar.



2. Ziele

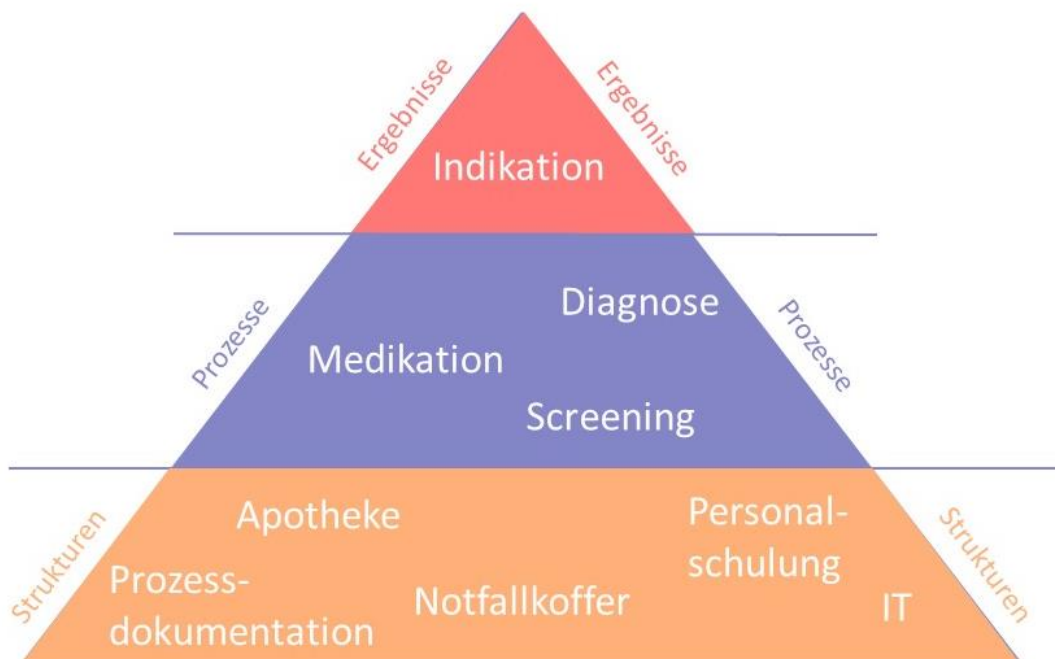
Das Ziel dieses EQUAM Zertifizierungsprogrammes ist, dass jede_r Komplexpatient_in zu jedem Zeitpunkt die bezüglich seiner / ihrer aktuellen Diagnosen indizierte Medikation erhält. Das heisst, dieses Zertifizierungsprogramm soll dazu beitragen, Medikationsfehler zu reduzieren, beziehungsweise Medikationssicherheit zu erhöhen.

Schwerpunktmässig setzt das Zertifizierungsprogramm bei der Ärztin, beim Arzt an. Es berührt aber auch Aspekte der Praxisorganisation. Die Annahme ist, dass die Systematisierung der Strukturen und Prozesse des Medikationsmanagements eine Verbesserung der Medikation für Komplexpatientinnen und -patienten anstösst.

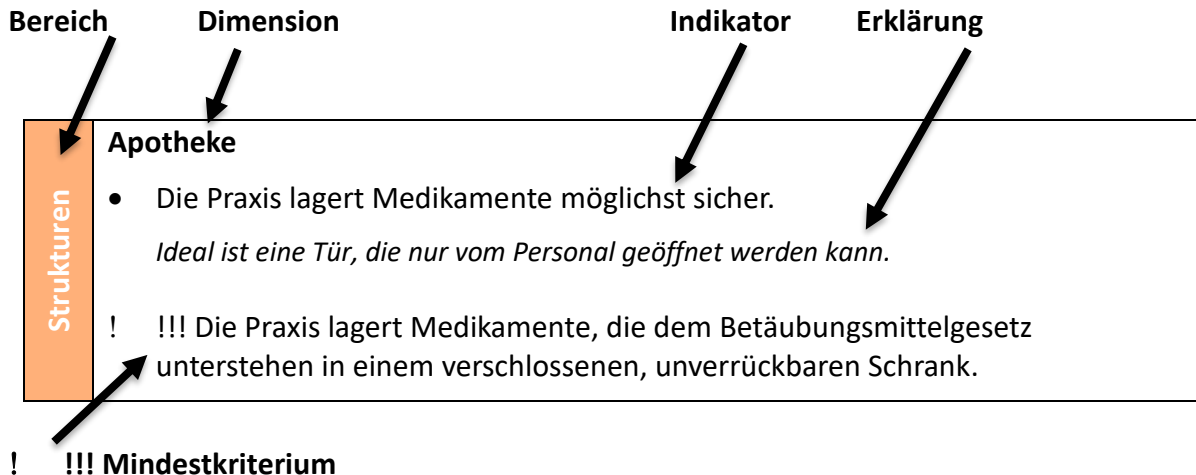
3. Inhalte

3.1 Inhaltliche Struktur

Die drei Bereiche des Zertifizierungsprogramms werden in neun Dimensionen und diese in weitere Indikatoren unterteilt:



Im nachstehenden Beispiel sehen Sie, wie die inhaltliche Struktur im Programmablauf (siehe unter 4) dargestellt wird:



3.2 Mindestkriterien und Erfüllungsgrad

Dieses Programm zertifiziert eine Ärztin oder einen Arzt. Gerade die Strukturindikatoren jedoch beziehen sich grösstenteils auf die Praxis als Organisation. Es liegt in der Verantwortung der zu zertifizierenden Person, in ihrer Praxis Initiative zu ergreifen und gemeinsam mit dem Team auf eine Erfüllung der Strukturindikatoren hinzuarbeiten.

Die Ärztin, der Arzt sollte sich der eigenen Haltung und dem Umgang mit den Indikatoren des Zertifizierungsprogrammes klarwerden: Es ist wichtig, die Indikatoren zum Anlass zu nehmen, bereits vor dem Audit wichtige Punkte und insbesondere die Mindestkriterien zu bearbeiten. Genauso können aber die beim Besuch mit dem / der Auditor_in geführten Diskussionen Anlass sein, für die kommende Zertifizierungsperiode Verbesserungsziele zu finden und Massnahmen zu definieren.

Mindestkriterien müssen zum Zeitpunkt des Audits erfüllt sein. Stellt der / die Auditor_in fest, dass ein Mindestkriterium nicht erfüllt ist, so muss die Erfüllung des Mindestkriteriums nach dem Audit nachgewiesen werden. Ansonsten kann das Zertifikat nicht vergeben werden.

Stellt sich bei einer Re-Zertifizierung heraus, dass ein beim Audit nicht erfülltes Mindestkriterium erneut nicht erfüllt ist, so wird die Ärztin, der Arzt nicht re-zertifiziert. Über alle weiteren Indikatoren verlangt die EQUAM Stiftung einen Gesamterfüllungsgrad von 50%. Der Gesamterfüllungsgrad entspricht dem Durchschnitt des Erfüllungsgrades aller Indikatoren.

Zum Vorbeugen einer Stichprobenverzerrung und zur Flexibilisierung bei den Indikatoren zu Prozessen und Ergebnissen ist es, angelehnt an das UK Quality of Outcomes Framework

QOF², möglich eine Ausnahme geltend zu machen. Das heisst, die Ärztin, der Arzt kann bei den Indikatoren der Bereiche Prozesse und Ergebnisse für eine jeweilige Patientin, für einen jeweiligen Patienten Ausnahmen definieren. Mögliche Ausnahmen werden jeweils bei den Indikatoren vermerkt. Weitere Beispielgründe werden im Rahmen der Audits gesammelt und bei Überarbeitungen des Programmes ergänzt. Die Ärztin, der Arzt ist frei, weitere Gründe anzugeben. Wichtig ist, dass diese Fälle trotz ihres Ausnahmestatus ins Patientenregister aufgenommen und im Audit als solche begründet und diskutiert werden.

Ausnahmefälle werden als solche definiert, auch wenn der / die Auditor_in mit der Begründung der Ärztin, des Arztes nicht einverstanden ist. Diese Ausnahmefälle werden in der Berechnung des Erfüllungsgrades nicht miteinbezogen. Beispiel: Wenn zehn KG auf einen Indikator hin diskutiert und zwei Ausnahmefälle definiert werden, wird das Resultat auf acht KG hin berechnet.

Liste der Mindestkriterien (für Details siehe jeweilige Seite im Programmbeispiel):

- ! !!! Die Praxis verfügt über ein Konzept zum Medikamentenmanagement. (S. 10)
- ! !!! Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfallkoffers. (S. 11)
- ! !!! Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank. (S. 12)
- ! !!! Jede KG enthält eine eigene Liste der Diagnosen und / oder Probleme ausserhalb der Verlaufseinträge. (S. 13)
- ! !!! Jede KG enthält anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen. (S. 13)

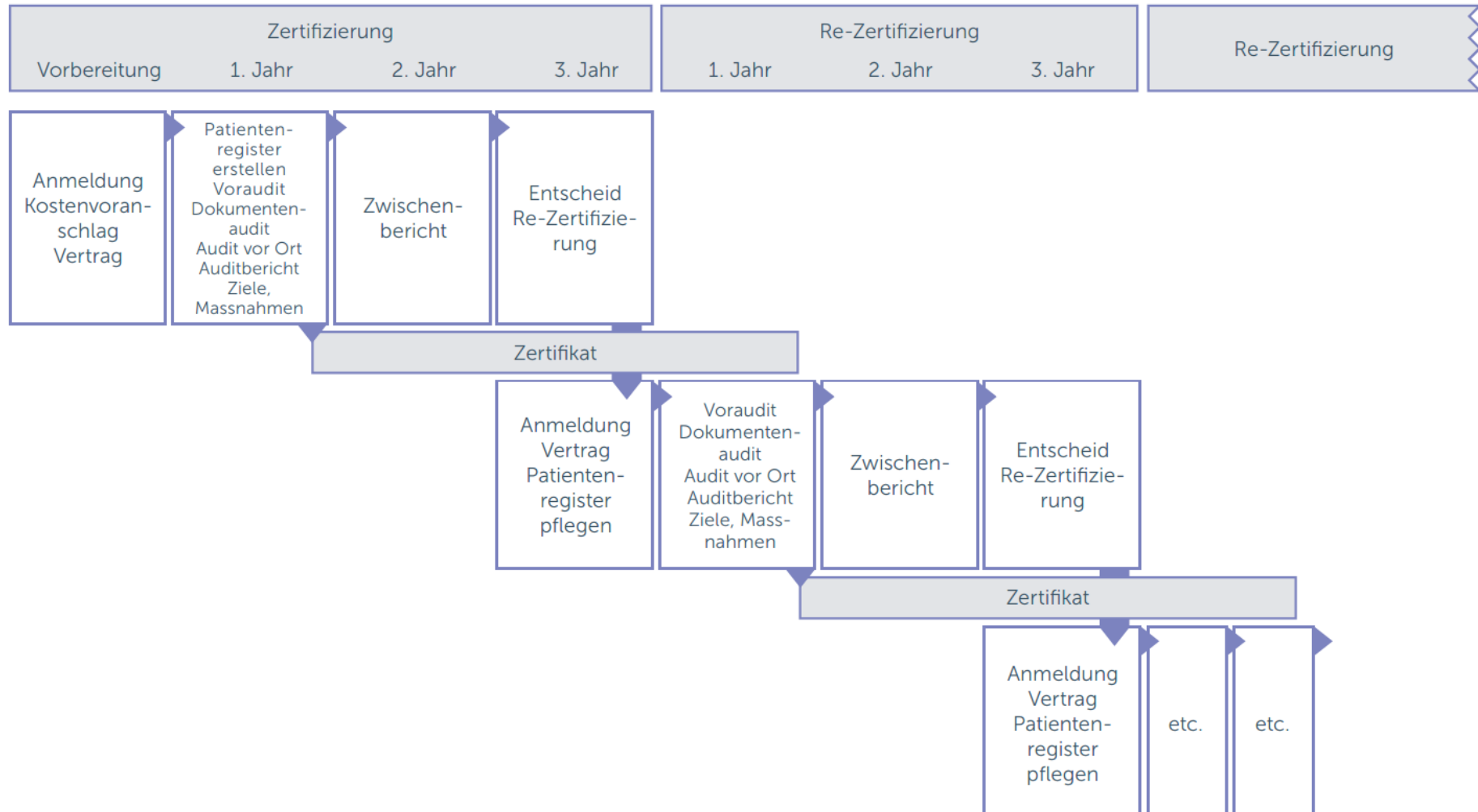
3.3 Verfahren

Unter einem Verfahren verstehen wir die Definition eines Vorgehens mit Beschreibung der einzelnen Schritte und Definition von Verantwortlichkeiten für diese.

Wo Verfahren besonders heikle Vorgehen beschreiben oder wo Klarheit besonders wichtig ist, verlangt das Programm eine schriftliche Dokumentation.

² qof.digital.nhs.uk und genauer NHS Digital 2016:10ff

4. Der Programmablauf



4.1 Anmeldung und Vertrag

Nach der Anmeldung erstellt die EQUAM Stiftung einen Kostenvoranschlag, einen Projektplan und einen Vertrag. Sobald dieser unterzeichnet und somit verbindlich ist, teilt die EQUAM Stiftung der Ärztin, dem Arzt eine_n Auditor_in zu und leitet die Zertifizierung ein. Der Zertifizierungsprozess wird durch eine Online-Plattform unterstützt.

4.2 Patientenregister

Die teilnehmende Ärztin, der teilnehmende Arzt erstellt während mindestens sechs Monaten vor dem Audit rückwirkend oder laufend ein Patientenregister mit allen Komplexfällen. Dieses sollte mindestens 30 Fälle umfassen, damit während des Audits eine Stichprobe von zehn KG gezogen werden kann.

Es ist für die Qualität des Audits wichtig, dass sich auch schwierige und nicht optimal gehandhabte Fälle im Patientenregister befinden. Der Einschluss relevanter Patientinnen und Patienten ist selbst ein Kriterium (siehe unter 4.6). Die Erstellung des Patientenregisters lenkt den Blick auf die Komplexpatientinnen und -patienten als Gruppe. Die / der MPA kann bei der Erstellung dieses Patientenregisters behilflich sein. Für diese Arbeit erhält sie von der EQUAM Stiftung eine Bescheinigung.

Da der / die Auditor_in in nicht anonymisierte KG des Patientenregisters aber auch des Gesamtpatientenpools der Registerperiode Einsicht nimmt, müssen alle Patientinnen und Patienten der Registerperiode ihr Einverständnis zur Dateneinsicht geben. Ein Beispiel finden Sie unter «Downloads» auf unserer Website. Grundsätzlich empfehlen wir, Patientinnen und Patienten bereits auf dem Anmeldeformular um ihr Einverständnis zur Dateneinsicht im Rahmen von Qualitätskontrollen zu bitten.

4.3 Voraudit

Im Voraudit überprüfen die teilnehmende Ärztin, der teilnehmende Arzt selbst, inwiefern sie / er die Mindestkriterien des Zertifizierungsprogrammes erfüllt oder bis wann sie diese erfüllen wird. Ziel ist, dass sie / er diese Kriterien aus ihrer / seiner Sicht bis zum Audit erfüllt.

4.4 Dokumentenaudit

In einem ersten Schritt stellt die teilnehmende Ärztin, der teilnehmende Arzt dem / der Auditor_in sofern vorhanden folgende Dokumente zu:

- das Konzept der Praxis zum Medikamentenmanagement
- Falls der / die Kantonsapotheker_in in den letzten 12 Monaten bei Ihnen zur Kontrolle war, können Sie den Kontrollnachweis (nicht ganzer Bericht nötig) beilegen. Dies gilt auch, wenn der Besuch in den nächsten 12 Monaten geplant ist. Damit möchten wir Doppelspurigkeiten vermeiden und der / die Auditor_in kann gewisse Punkte im Audit überspringen.

Die EQUAM Stiftung macht keine Vorschriften zur Strukturierung der Dokumentationen. Senden Sie die Dokumente so, wie sie vorhanden sind.

Anhand dieser Dokumente überprüft der / die Auditor_in folgende Indikatoren:

Strukturen	Prozessdokumentation
	<p>! !!! Die Praxis verfügt über ein Konzept zum Medikamentenmanagement.</p> <p><i>Das Konzept beschreibt:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ <i>das Verfahren der Medikamentenabgabe.</i>✓ <i>die Dokumentation von Nebenwirkungen und unerwünschten Arzneimittelereignissen in der KG.</i>✓ <i>wie Patientinnen und Patienten informiert werden, dass sie nach einem Medikationswechsel durch Dritte die Ärztin, den Arzt kontaktieren sollen.</i>✓ <i>den Umgang mit Dauerrezepten.</i>✓ <i>das Verfahren zur Medikamenten- und Rezeptabgabe ohne Arztkonsultation.</i>✓ <i>wie die Patientenidentifikation bei der Abgabe sichergestellt wird.</i>✓ <i>wie das 4-Augen-Prinzip umgesetzt wird.</i>✓ <i>das Verfahren der Überprüfung der Verfalldaten und das Auffüllen der Medikamente in der Apotheke.</i>✓ <i>das Verfahren für die Überprüfung der Verfalldaten und das Auffüllen der Medikamente im Notfallkoffer.</i> <p><i>Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, müssen mindestens die ersten vier Punkte dokumentiert sein.</i></p>

4.5 Audit vor Ort: Praxisstrukturen

Der erste Teil des Audits vor Ort besteht aus einer Evaluation der Praxisstrukturen. Im Gespräch mit der für diese Bereiche verantwortlichen Person überprüft der / die Auditor_in folgende Indikatoren:

Strukturen	Notfallkoffer
	<p>! !!! Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfallkoffers.</p> <ul style="list-style-type: none">• Der kontrollierte Notfallkoffer enthält alle notwendigen Medikamente. Diese haben das Verfallsdatum nicht überschritten. <p><i>Es wird stichprobenmässig ein Notfallkoffer kontrolliert. Er muss enthalten:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Adrenalin✓ Atropin✓ Injektionsfähiges Corticosteroid✓ Tranquillizer✓ Glucagon✓ Nitrat✓ Betamimetikum✓ Morphin✓ Antihistaminikum✓ Diuretikum✓ Acidum Acetylsalicylicum✓ Nifepidin <ul style="list-style-type: none">• Der Notfallkoffer befindet sich ausser Sichtweite der Patientinnen und Patienten. <p><i>Es ist wichtig, hier darauf zu achten, dass ein zu eng genommener Schutz vor Patientenzugriff den einfachen Zugriff des Personals nicht verhindert.</i></p>
	Personalschulung

Strukturen	<p>Personalschulung</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Ärztinnen und Ärzte der Praxis haben in den vergangenen zwölf Monaten an einer Fortbildung zum Thema Medikationssicherheit teilgenommen. <p><i>Es kann sich um eine interne oder externe Fortbildung handeln. Der Indikator ist erfüllt, wenn ein Protokoll mit namentlicher Anwesenheitsliste (z. B. bei QZ oder Fortbildung im Team) oder eine Teilnahmebestätigung, z. B. Weiterbildungscredits vorliegt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Praxis hat ein Verfahren im Umgang mit kritischen Ereignissen im Zusammenhang mit der Medikation. <p><i>Kritische Ereignisse (=Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Patientinnen und Patienten) werden dokumentiert und zeitnah und interprofessionell besprochen (Nachweis). Es besteht ein Verfahren zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten im Fall kritischer Ereignisse. Es werden Massnahmen abgeleitet.</i></p>
	<p>Informationstechnologie</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Praxis benutzt ein elektronisches Rezept oder plant dessen Einführung. Die Praxis benutzt eine Interaktionssoftware oder plant die Einführung einer solchen.

Wenn die Praxis Selbstdispensation betreibt oder Impfstoffe anwendet, werden zudem folgende Indikatoren besprochen:

Strukturen	<p>Apotheke</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Praxis lagert Medikamente sachgemäss. <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Der Kühlschrank ist mit einem min. / max. Thermometer ausgestattet.</i> ✓ <i>Die Temperatur wird regelmässig ausgelesen und dokumentiert.</i> ✓ <i>Die Temperatur liegt zwischen 2 und 8 Grad Celsius.</i> ✓ <i>Temperaturschwankungen können zeitnah bemerkt werden.</i> Die Praxis bewahrt alle Medikamente sicher vor Kindern und Patientinnen und Patienten auf. <p>! !!! Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank.</p>

Bemerkung: Fand in der Praxis während den letzten zwölf Monaten eine Inspektion der Heilmittelkontrolle statt oder ist eine solche in den nächsten zwölf Monaten angekündigt? Wenn ja, prüft der / die Auditor_in beim Notfallkoffer und in der Apotheke nur die Mindestkriterien.

4.6 Audit vor Ort: Peer Review KGs

Der / die Auditor_in zieht aus dem Gesamtpool der Patientinnen und Patienten der Registrierperiode zehn KG. Anhand dieser werden folgende Indikatoren überprüft:

Prozesse	<p>Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der / die Patient_in ist korrekt als Komplexfall oder Nicht-Komplexfall markiert. <i>Es gelten die Kriterien, wie sie unter 1.1 zur Erstellung des Patientenregisters aufgeführt sind.</i> <p>Diagnosen und Probleme</p> <p>! !!! Jede KG enthält eine eigene Liste der Diagnosen und / oder Probleme ausserhalb der Verlaufseinträge.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Diagnosen und / oder Probleme sind datiert. <p>Medikation</p> <p>! !!! Jede KG enthält anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen. <i>Wichtig ist hier, dass ein Vermerk auch dann vorhanden ist, wenn keine für diese Patientin, diesen Patienten relevanten Nebenwirkungen oder Interaktionen bekannt sind. So wird deutlich, dass dieser Frage auch nachgegangen wurde.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen sind datiert. • Jede KG enthält ein bei der letzten Konsultation mit der Patientin, mit dem Patienten abgeglichenes Medikationsblatt. <i>Die Frage, welche Informationen genau ein Medikationsblatt enthalten soll, wird von diesem Indikator nicht spezifiziert, kann aber durchaus im Audit diskutiert werden. Der Abgleich ist zumindest vermerkt (z. B. Medikation abgeglichen, keine Änderung). Die Frage, wie sich der Abgleich genau gestalten soll, wird von diesem Indikator nicht spezifiziert, kann aber durchaus im Audit diskutiert werden. Ausnahmebeispiel: Kurzkonsultationen</i>
----------	---

Prozesse	<p>Medikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jede KG enthält eine an die Patientin, an den Patienten abgegebene und mit dem Medikationsblatt übereinstimmende Medikationskarte. <p><i>Die Frage, welche Informationen genau eine Medikationskarte enthalten soll, wird von diesem Indikator nicht spezifiziert, kann aber durchaus im Audit diskutiert werden. Es ist wichtig, die Abgabe auch zu dokumentieren, damit etwa eine Stellvertretung Bescheid weiss.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jede_r Patient_in wurde informiert, dass er / sie nach einer Änderung der Medikation durch eine externe Stelle (Spezialistin, Spital etc.) mit der Ärztin, dem Arzt Kontakt aufnehmen sollte. <p><i>Die Information erfolgt vorzugsweise auf der Medikationskarte, ist aber auch per Brief, mündlich oder über einen Aushang in der Praxis möglich.</i></p>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Jede_r Patient_in hat einen Folgetermin. • Die Medikation wird regelmässig darauf hin geprüft, ob ihre ursprüngliche Indikation noch gegeben ist. <p><i>Es sollte mindestens einmal pro Jahr eine Überprüfung stattfinden. Die Überprüfung muss vermerkt sein.</i></p> <p><i>Ausnahmebeispiel: Der / die Patient_in ist einer Terminaufforderung drei Mal nicht gefolgt, die jährliche Prüfung konnte deshalb nicht stattfinden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen der Indikationsprüfung wird mit der Patientin, mit dem Patienten auch ihre / seine Selbstmedikation besprochen. • Die Medikation ist für die aktuellen Diagnosen indiziert. <p><i>Es sollen auch Verschreibungen von Präparaten hinterfragt und diskutiert werden, die oftmals nicht genau einer Diagnose / einem Problem zuordenbar sind, wie etwa Magnesiumpräparate oder Protonenpumpenhemmer.</i></p> <p><i>Ausnahmebeispiel: Der / die Patient_in hat eine indizierte Medikation verweigert (informed dissent) oder die Ärztin, der Arzt und der / die Patient_in sind gemeinsam zum Schluss gekommen, dass eine bestimmte Diagnose nicht behandelt wird. Deshalb kann für eine bestimmte Diagnose keine angemessene Medikation gefunden werden.</i></p> <p><i>Medikamente werden beim Hausarzt bezogen, jedoch von einer Spezialistin verordnet.</i></p>

4.7 Feedbackrunde

Die Feedbackrunde bildet den Abschluss des Audits vor Ort. Die auditierte Ärztin / der auditierte Arzt muss anwesend sein. Die Ärztin, der Arzt kann selber entscheiden, weitere Mitarbeitende einzuladen.

Die Ärztin, der Arzt erhält Rückmeldungen vom Auditor/ von der Auditorin und diskutiert gemeinsam mit ihm / ihr mögliche Qualitätsverbesserungsziele und Massnahmen.

4.8 Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung

Im Anschluss an das Audit erstellt der / die Auditor_in einen Bericht und macht Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. Wie dies für alle EQUAM Zertifizierungsprogramme gilt, hat die Ärztin, der Arzt ihre / seine Zielsetzungen mit einem Massnahmenplan zur weiteren Qualitätsverbesserung auszuarbeiten und dem / der Auditor_in vorzulegen. Die Ärztin, der Arzt definiert mindestens drei Ziele und dazugehörige Massnahmen – sowie weitere, wenn Mindestkriterien nicht erfüllt sind. Die drei Ziele können auch Unterziele eines Themas sein. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Ärztin, der Arzt zertifiziert.

Der / die Auditor_in beurteilt vor dem Antrag zur Zertifikatserteilung, ob die vorgeschlagenen Ziele und Massnahmen angemessen sind. Die EQUAM Stiftung kann weitergehende Verbesserungen verlangen.

4.9 Zwischenbericht

Im Jahr nach der Zertifizierung nimmt die EQUAM Stiftung mit der Ärztin, mit dem Arzt Kontakt auf und fordert dazu auf, zu den gesetzten Zielen und Massnahmen Stellung zu beziehen. Die Ärztin, der Arzt definiert mindestens zwei neue Ziele für die verbleibende Laufzeit des Zertifikats. Spätestens beim nächsten Audit belegt die Ärztin, der Arzt dem / der Auditor_in gegenüber der Zielerreichung in den genannten Bereichen.

4.10 Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag

Die Ärztin, der Arzt entscheidet, ob sie / er sich re-zertifizieren lassen möchte und melde sich an.

5. Programmentwicklung

Das Zertifizierungsprogramm «Medikationssicherheit» wurde zwischen 2012 und 2015 von einer Projektgruppe unter der Leitung von Dr. med. et lic. oec Kurt Hess erarbeitet. Die Projektgruppe bestand aus folgenden Personen:

- Dr. med. Johannes Brühwiler
- Dr. med. Felix Huber
- Msc. Sigrid Hess-Scheurer
- Dr. med. Christian Marti
- Dr. med. Christian Peter

Als Experten wurden Prof. Dr. Kurt Hersberger, Dr. med. Marco Egbring, Dr. Elmira Fahr und Dr. med. Etzel Gysling herangezogen.

Im Jahr 2016/2017 wurde das Programm überarbeitet. Unter Leitung von M.A. Marianne Jossen, Verantwortliche für Forschung und Entwicklung der EQUAM Stiftung, wurden die Indikatoren zunächst unter den Auditorinnen und Auditoren und anschliessend mit einer Projektgruppe diskutiert.

Daran anschliessend wurden die Indikatoren überarbeitet und die Projektgruppe zur schriftlichen Vernehmlassung eingeladen. Mitgearbeitet haben:

- Dr. med. Adrian Rohrbasser
- Dr. med. Florian Suter
- Dr. med. Christian Marti
- Dr. med. Liat Fishman
- Dr. med. Stefan Markun
- MPH Paula Bezzola
- Prof. Dr. Kurt Hersberger
- Msc. Sigrid Hess-Scheurer
- Dr. med. Adrian Glarner
- MAS Valeria Maissen

Im Januar 2017 hat die EQUAM Fachgruppe das Qualitätsprogramm abgenommen, im Februar 2017 erfolgte die Abnahme durch den EQUAM Stiftungsratsausschuss. Im Winter 2017 wurde das Programm pilotiert und anschliessend auf die jetzt gültige Version 2.1 angepasst.

Die EQUAM Stiftung dankt allen, die einen Beitrag zur Erarbeitung und Überarbeitung dieses Zertifizierungsprogrammes geleistet haben, herzlich für Ihr Engagement für Qualität und Patientensicherheit.



6. Literatur

Dreischulte, T. & Guthrie, B. «High-Risk Prescribing and Monitoring in Primary Care: How Common is it, and how Can it Be Improved?». Therapeutic Advances in Drug Safety 3, no. 4 (2012): 175–184.

Fishman, L. et al.: Der systematische Medikationsabgleich im Akutspital. Empfehlungen im Rahmen des Pilotprogramms progress! Sichere Medikation an Schnittstellen. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz, 2015.

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

NHS Digital. Quality and Outcomes Framework – Prevalence, Achievement and Exceptions Report. Technical Annex 2015–16, 2016. Unter: qof.digital.nhs.uk (zuletzt eingesehen am 04.12.2016)

Meyer-Nikolic, V. et al. «Fehlerquelle Medikamentenverordnung». Schweizerische Ärztezeitung 93, no. 44 (2012): 1595–1599.

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

Taché S. V. et al. «Prevalence of Adverse Drug Events in Ambulatory Care: A Systematic Review». The Annals of Pharmacotherapy 45 (2011): 977–989.

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.

Wallace, E. et al. «Managing Patients with Multimorbidity in Primary Care». BMJ 350 (2015): h176.