Spezialarztpraxis – Zertifizierte Qualität

Programmbeschrieb

Version 1
23. November 2018

EQUAM STIFTUNG

EQUAM STIFTUNG

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziele ... 3
2. Inhalte ... 4
   2.1 Inhaltliche Struktur ... 4
   2.2 Mindestkriterien und Erfüllungsgrad ... 5
   2.3 Verfahren ... 7
3. Der Programmablauf ... 8
   3.1 Anmeldung und Vertrag ... 9
   3.2 Voraudit ... 9
   3.3 Dokumentenaudit ... 9
   3.4 Befragungen ... 11
   3.4.1 Mitarbeitendenbefragung ... 11
   3.4.2 Patientenbefragung EUROPEP ... 13
   3.4.3 Zuweisendenbefragung ... 15
   3.5 Audit vor Ort: Praxisbesuch ... 16
   3.5.1 Vor dem Ankommen ... 16
   3.5.2 Empfang ... 16
   3.5.3 Auf dem Weg durch die Praxis ... 17
   3.5.4 Material ... 18
   3.5.5 Medikamentenlager ... 19
   3.5.6 Gespräch mit der / dem hauptverantwortlichen MPA ... 20
   3.5.7 Gespräch mit der hauptverantwortlichen Ärztin, dem hauptverantwortlichen Arzt 22
   3.5.8 Gespräch mit der / dem Personalverantwortlichen ... 25
   3.5.9 Gespräch mit der / dem Qualitätsverantwortlichen ... 26
   3.5.10 Feedbackrunde ... 27
   3.6 Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung ... 27
   3.7 Zwischenbericht ... 27
   3.8 Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag ... 28
4. Programmentwicklung ... 28
5. Literatur ... 29
6. Änderungskontrolle ... 29

1. Einleitung und Ziele

Die ambulante Versorgung in spezialärztlichen Praxen stellt einen wichtigen Grundpfeiler im Gesundheitssystem dar. Ärztinnen, Ärzte und MPA behandeln und betreuen mit hohem fachlichen Wissen und Können Menschen über den gesamten Lebenszyklus hinweg.

Optimal zum Tragen kommen die Fähigkeiten der Gesundheitsprofis aber nur im Rahmen guter organisatorischer und medizinischer Strukturen und Prozesse. Das EQUAM Zertifizierungsprogramm für Spezialarztpraxen macht die Qualitätsverbesserung auf dieser Ebene sichtbar, fördert und unterstützt sie.

Dazu werden über Befragungen, Dokumentenprüfungen und im Zuge eines Praxisbesuches durch den / die Auditor_in Daten erhoben, die eine fundierte Standortbestimmung in Sachen Qualität erlauben.

Der Vergleich mit anderen Praxen und im zeitlichen Verlauf zeigt Stärken, Schwächen und Verbesserungspotentiale auf. Die Definition von Verbesserungszielen und Massnahmen, sowie deren Bewertung im Verlauf der Zertifizierungsperiode unterstützen die Nachhaltigkeit der Qualitätsarbeit.

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.

2. Inhalte

Die vorliegenden Indikatoren decken selbstverständlich nicht die gesamte Qualität in einer Spezialarztpraxis ab. Vielmehr wurde die Entwicklungsgruppe von der Idee geleitet, einen Grundstein für Qualität zu legen und wesentliche Bereiche und Problemlagen, die auf Organisationsebene überprüfbar sind, zu bearbeiten. Gesetzlich Vorgeschriebenes wird möglichst auf einer übergeordneten Ebene überprüft, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Angesichts der Heterogenität im kantonal organisierten schweizerischen Gesundheitswesen ist es allerdings unvermeidlich, dass die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben teilweise auch im Rahmen dieses Programms kontrolliert wird.

2.1 Inhaltliche Struktur

Die fünf Bereiche des Programms werden in Dimensionen und diese in weitere Indikatoren unterteilt. Mit der Wahl der Befragung (siehe unter 3.4) setzen Sie einen Schwerpunkt.

Bereich	Dimension	Anzahl der Indikatoren
Infrastruktur	Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten	5
	Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente	7
Patientinnen & Patienten	Perspektive der Patientinnen und Patienten (Befragung)	27
	Verwendung von Leitlinien für Diagnose und Behandlung	5
	Management und Schutz von Patientendaten	7
	Patientenmanagement	10
	Prävention und Gesundheitsförderung	2
	Kontinuität	8
Team	Sicherheitskultur (Befragung)	30
	Personalmanagement	9
	Aus- und Weiterbildung	2
	Professioneller Austausch	3
Koordination mit Externen	Zuweisendenbefragung	18
	Überweisungen und Aufträge	4
	Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden	3
	Austausch mit Mitbehandelnden	2
Qualität & Sicherheit	Hygiene und Arbeitssicherheit	3
	Management kritischer Ereignisse	4
	Notfallmanagement	2
	Qualitätsentwicklung und -politik	3

Im nachstehenden Beispiel sehen Sie, wie die inhaltliche Struktur im Programmablauf (siehe unter 3) dargestellt wird:

Bereich **Dimension** **Indikator** **Erklärung**

Infrastruktur

Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten

- Die Praxis verfügt über eine Homepage oder einen Flyer / Broschüre mit allen für den Zugang nötigen Informationen.

  Darunter verstehen wir:
  - ✓ *Telefonnummer und telefonische Erreichbarkeit*
  - ✓ *Kontaktmöglichkeit per Online-Formular oder E-Mail*
  - ✓ *Öffnungszeiten und Zeiten telefonischer Erreichbarkeit*
  - ✓ *Adresse und Lageplan*
  - ✓ *Anfahrt mit Auto und öV*

- !!! Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten. 🗗

- Die Praxis trifft Massnahmen, die sicherstellen, dass Patienten und Personal die Räumlichkeiten im Bedarfsfall schnellstmöglich verlassen können.
  - ✓ *Die Fluchtwege der Praxis müssen frei sein.*
  - ✓ ➲ *Grosse Praxen oder solche, die in komplizierten Gebäuden situiert sind, sollten einen Fluchtplan aushängen haben.*

- **!!! Mindestkriterium** (siehe unter 2.2 und 3.2)

🗗 Indikatoren, die an allen Standorten abgefragt werden (siehe unter 3.1)

➲ Bemerkungen für grosse oder kleine Praxen und spezielle Umstände

2.2 Mindestkriterien und Erfüllungsgrad

Die Praxis sollte sich als Organisation über die eigene Haltung und den Umgang mit den Zertifizierungskriterien klar werden. 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 Praxisbesuch mit dem / der Auditor_in geführten Diskussionen Anlass sein, für die kommende Zertifizierungsperiode Verbesserungsziele zu finden und Massnahmen zu definieren.

Einmal pro Jahr (das erste Mal vor dem externen Erstaudit) wählt die Praxis zufällig 20 Akten von aktuell behandelten Patienten aus. Für diese Patienten führt die Praxis ein internes Audit durch. In dessen Rahmen wird festgestellt, ob Abweichungen zum Vorgehen nach den Leitliniendokumenten zu Diagnose und Behandlung in den Patientendossiers vermerkt sind. Falls dabei Mängel festgestellt wurden, wird überprüft, ob diese korrigiert wurden und ob nach drei Monaten ein neues Patientendossier-Audit durchgeführt wurde.

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 entsprechenden Indikators nach dem Audit innert der gesetzten Frist nachgewiesen werden. Ansonsten kann das Zertifikat nicht vergeben werden. Stellt sich bei einer Re-Zertifizierung heraus, dass ein Mindestkriterium erneut nicht erfüllt ist, wird die Praxis nicht re-zertifiziert.

Über alle weiteren Indikatoren verlangt die EQUAM Stiftung einen Gesamterfüllungsgrad von 50 %. Der Gesamterfüllungsgrad entspricht dem Durchschnitt des Erfüllungsgrades aller Indikatoren.

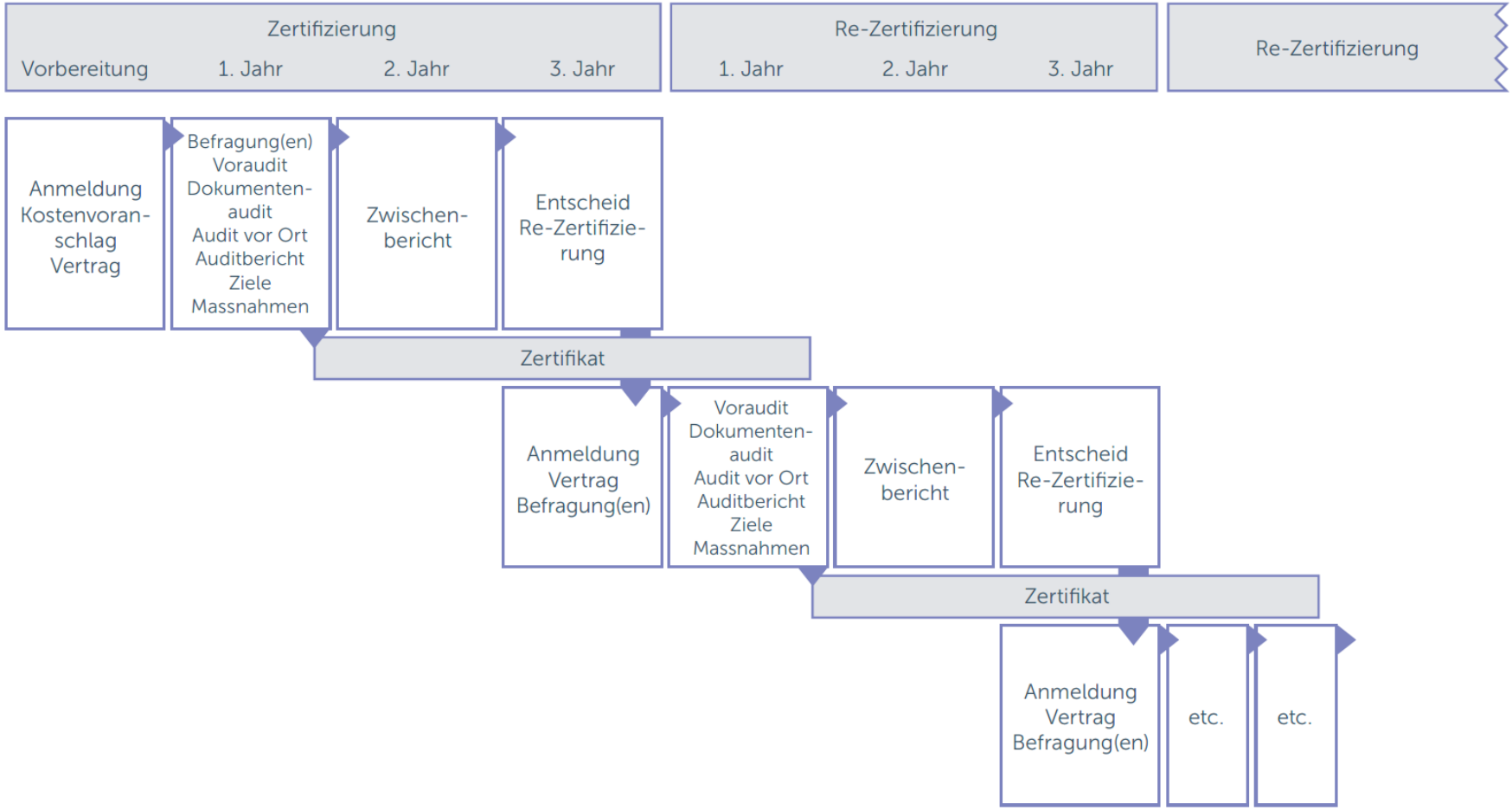
Liste der Mindestkriterien:

! !!! Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept. (S. 10)
! !!! Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich, in einer Landessprache abgefasst und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten. (S. 16)
! !!! Patientinnen und Patienten können ihre Daten einsehen und erhalten. (S. 16)
! !!! Die Praxis hat ein Notfallkonzept. (S. 17)
! !!! In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar. (S. 17)
! !!! Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden. (S. 18)
! !!! Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss. (S. 18)
! !!! Die Praxis gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens. (S. 18)
! !!! Die Ausstattung der Praxis ist aktuell gewartet. (S. 18)
! !!! Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank. (S. 19)
! !!! Die Praxis stellt sicher, dass eingehende Untersuchungsergebnisse rechtzeitig durch eine Ärztin, einen Arzt gesichtet werden. (S. 21)
! !!! Es ist eine Liste mit den von der Praxis verwendeten Leitlinien für Diagnose und Behandlung vorhanden. (S. 22)
! !!! Der Arzt, die Ärztin kann auf Nachfrage hin erläutern, welche typischen Patientenpfade aufgrund der aktuellen Leitlinien Anwendung finden. (S. 22)
! !!! Der Arzt, die Ärztin kann erläutern, in welchen Fällen die Praxis von den benutzten Leitlinien zu Diagnose und Behandlung abweicht. (S. 22)
! !!! Die internen Audits zur Diagnose und Behandlung nach Leitlinien wurden bei einer Stichprobe von 20 Patienten korrekt durchgeführt. (S. 22)
! !!! Die Praxis hat eine Vorlage für Medikamentenpläne und regelt deren Herausgabe. (S. 23)
! !!! Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch. (S. 25)
! !!! Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen. (S. 26)
! !!! Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis haben im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen. (S. 26)

2.3 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 die EQUAM Stiftung eine schriftliche Dokumentation.

3. Der Programmablauf



3.1 Anmeldung und Vertrag

Bei der Anmeldung entscheidet die Praxis, welche Befragungen sie im Rahmen der Zertifizierung durchführen will (siehe unter 3.4). Sie wählt mindestens eine Befragung, wobei die Mitarbeitendenbefragung erst ab 10 in der Praxis arbeitenden Personen durchgeführt werden kann.

In der Praxis wird eine projektverantwortliche Person bestimmt. Diese nimmt folgende Aufgaben wahr:

- Kontaktperson für alle organisatorischen Fragen im Zusammenhang mit der Zertifizierung (z. B. Koordination der Befragung, Planung und Begleitung des Praxisbesuches der Auditorin, des Auditors, Organisation der Feedbackrunde zum Abschluss des Praxisbesuchs, Organisation des Zwischenberichts)
- Die inhaltlichen Verantwortlichkeiten klärt die Praxis selbst im Team.

Bei der Anmeldung werden Angaben zu der Praxis verlangt (Grösse, Standorte). Teilweise interpretieren unsere Auditorinnen und Auditoren Kriterien anders, je nachdem ob es sich um eine grosse oder kleine Praxis handelt. Bei Praxen mit mehreren Standorten klären wir gemeinsam mit der projektverantwortlichen Person, inwiefern alle Standorte gemeinsam ein Zertifikat erhalten oder ob es ein Zertifikat pro Standort gibt.

Nach Vertragsunterzeichnung teilt die EQUAM Stiftung der Praxis eine Auditorin, einen Auditor zu und leitet die Zertifizierung ein. Der gesamte Zertifizierungsprozess wird über eine Online-Plattform abgewickelt.

Im Rahmen des Audits erhält der /die Auditor_in Einsicht in Befundberichte. Deshalb sollte die Praxis ihre Patientinnen und Patienten idealerweise auf dem Anmeldeformular um das Einverständnis zur Dateneinsicht bitten. Ein Beispiel, wie sie dies machen kann, steht unter «Downloads» auf unserer Website www.equam.ch.

3.2 Voraudit

Im Rahmen des Voraudits überprüft die Praxis selbst, inwiefern sie die Mindestkriterien des Zertifizierungsprogrammes erfüllt oder definiert, bis wann sie diese erfüllen wird. Ziel ist, dass diese Kriterien aus Sicht der Praxis bis zum Audit erfüllt sind.

3.3 Dokumentenaudit

In einem ersten Schritt stellt die Praxis dem / der Auditor_in - sofern vorhanden - Folgendes zu:

- Link zur Website oder Broschüre der Praxis
- Datenschutzkonzept (Achtung Mindestkriterien – s.u.)
- Konzept zur Hygiene und Arbeitssicherheit
- Nachweis der Kontrolle des Kantonsapothekers der letzten zwölf Monate (nicht ganzer Bericht nötig) oder Ankündigung derselben für die nächsten zwölf Monate

Die EQUAM Stiftung macht keine Vorschriften zur Strukturierung der Dokumentation. Die Praxis sendet die Dokumente so, wie sie vorhanden sind.

Der /die Auditor_in wird – sofern vorhanden – auch die Praxiswebsite besuchen und überprüft beim Dokumentenaudit folgende Indikatoren:

Infrastruktur	**Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten** • Die Praxis verfügt über eine Website oder eine Broschüre mit allen für den Zugang nötigen Informationen. *Darunter verstehen wir:* ✓ *Telefonnummer und telefonische Erreichbarkeit* ✓ *Kontaktmöglichkeit per Online-Formular oder E-Mail* ✓ *Öffnungszeiten* ✓ *Adresse und Lageplan* ✓ *Anfahrt mit Auto und öffentlichem Verkehr*
Patientinnen & Patienten	**Management und Schutz von Patientendaten** ! !!! Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept. *Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, müssen mindestens die ersten vier Punkte mit «Ja» beantwortet werden. Das Konzept soll beinhalten:* ✓ *die Nennung einer verantwortlichen Person und deren Aufgaben* ✓ *Überlegungen, wie möglichst sichergestellt wird, dass in der Praxis keine Patientendaten von Dritten einsehbar sind.* ✓ *Überlegungen zur Wahrung der Diskretion am Empfang* ✓ *ein Verfahren zur Einsicht in und Herausgabe von Daten an Patientinnen und Patienten* ✓ *eine Beschreibung der Archivierung und Vernichtung von Daten* ✓ *Eine Beschreibung, wie und für welche Untersuchungen die Praxis das Einverständnis der Patientinnen und Patienten zur Verwendung ihrer Daten zu wissenschaftlichen Zwecken und Qualitätsmassnahmen einholt.* ✓ *Eine Beschreibung, wie sichergestellt wird, dass Daten von Patientinnen und Patienten, die kein Einverständnis gegeben haben, nicht für Forschung oder Qualitätsmassnahmen benutzt werden.* ✓ *Eine Beschreibung, wie sichergestellt wird, dass Einträge in Patientenakten nachverfolgt werden können (Zeitpunkt und Autorschaft).* ✓ *Eine Beschreibung, wie die Weitergabe von Patientendaten an Unberechtigte (z.B. Verwandte, Arbeitgeber) verhindert wird.* ✓ *Eine Beschreibung der Kanäle, die für die Weitergabe von Patientendaten benutzt werden.* ✓ *Eine Beschreibung, wie ausgehende Antworten auf Anfragen Dritter (andere Leistungserbringer, Krankenkassen etc.) dokumentiert werden.* ✓ *eine Nennung der Verantwortlichkeiten und Beschreibung der Verfahren für die Datensicherung und deren Überprüfung (z. B. Auslesen von Backups)* ✓ *eine Nennung der Verantwortlichkeiten und Beschreibung der Verfahren für den Virenschutz der Praxiscomputer*

Qualität & Sicherheit	**Hygiene und Arbeitssicherheit** • Die Praxis verfügt über ein schriftliches Konzept zu Hygiene und Arbeitssicherheit. *Das Konzept soll beinhalten:* ✓ *ein Verfahren zur Reinigung der Oberflächen, Fussböden, Sanitäranlagen und Untersuchungsflächen* ✓ *eine Beschreibung der Handhygiene* ✓ *eine Beschreibung der Aufbewahrung und des Gebrauchs steriler Instrumente* ✓ *ein Verfahren zur Entsorgung scharfer Gegenstände* ✓ *Eine Beschreibung, wie die Sterilisation vor Ort oder extern gehandhabt wird.* ✓ *Eine Beschreibung, wie allen Mitarbeitenden eine Hepatitis-B Impfung angeboten und ihr Impfstatus erhoben wird.* ✓ *Ein Verfahren, wie im Fall einer Nadelstichverletzung vorzugehen ist.*

3.4 Befragungen

3.4.1 Mitarbeitendenbefragung

Die Mitarbeitendenbefragung erlaubt es der Praxis, Qualität aus Sicht seiner Mitarbeitenden zu betrachten. Im Rahmen dieser Befragung werden Indikatoren zur Sicherheitskultur in der Praxis auf der Basis eines Befragungsinstruments von Wet et al. (2010) geprüft.

Unter der Sicherheitskultur versteht man geteilte Werte und geteiltes Wissen, die zur Patientensicherheit und damit zur Behandlungsqualität beitragen.

Der Fragebogen richtet sich an alle Mitarbeitenden der Praxis, egal ob sie angestellt oder (Mit)inhaber_innen sind. Der Fragebogen wird online ausgefüllt. Die Mitarbeitendenbefragung kann erst ab 10 Mitarbeitenden durchgeführt werden. Die Ergebnisse fliessen in den Auditbericht ein. Wenn mehr als 20 Personen dort arbeiten, erhält die Praxis einen zusätzlichen Auswertungsbericht der Umfrage zum Auditbericht.

Team	**Sicherheitskultur** • Die Leistung der Mitarbeitenden ist nicht durch eine übermässige Arbeitsbelastung beeinträchtigt. • Die Mitarbeitenden haben immer genug Zeit, um die Arbeitsaufgaben sicher zu erledigen. • Die Personalanzahl in der Praxis ist ausreichend, um das Arbeitspensum sicher zu bewältigen. • Auch wenn der Zeitdruck steigt, wird von den Mitarbeitenden nicht erwartet, dass sie schneller arbeiten, selbst wenn die Genauigkeit leidet.

Team	**Sicherheitskultur** • Mitarbeitende fühlen sich frei, Entscheidungen von Autoritätspersonen zu hinterfragen. • Mitarbeitende können Bedenken zur Arbeitsweise in der Praxis problemlos mit Vorgesetzten besprechen. • In der Praxis besteht eine offene Kommunikation zwischen Mitarbeitenden, egal in welcher Position sie tätig sind. • Die Mitarbeitenden werden über Entwicklungen in der Praxis informiert. • Die Praxisleitung kommuniziert langfristige Pläne zur Entwicklung der Praxis. • Die Hierarchie innerhalb der Praxis verhindert nicht ein effektives Arbeiten. • Wer ein kritisches Ereignis anspricht, muss wahrscheinlich nicht mit negativen Konsequenzen rechnen. • Die Praxisführung kümmert sich effektiv um problematische Mitarbeitende. • Wenn Mitarbeitende Verbesserungen von Abläufen vorschlagen, werden diese von der Praxisführung ernstgenommen. • Es besteht Vertrauen zwischen den Mitarbeitenden. • Die Mitarbeitenden beachten Regeln, Protokolle und Abläufe. • Die Mitarbeitenden behandeln sich untereinander mit Respekt. • Die Mitarbeitenden unterstützen sich immer gegenseitig. • Unstimmigkeiten im Praxisteam werden angemessen gelöst. • Die Mitarbeitenden aller Positionen in der Praxis arbeiten gut zusammen. • Die Praxis ist ein guter Arbeitsplatz. • Die Mitarbeitenden sind mit ihrer Arbeit im Allgemeinen zufrieden. • Eine gute Teamarbeit wird von der Praxisleitung gefördert und als notwendig erachtet. • Alle Mitarbeitenden werden ermutigt, kritische Ereignisse, die in der Praxis auftreten, anzusprechen. • Abläufe tragen dazu bei, kritische Ereignisse zu verhindern. • Bei der Entwicklung von Abläufen werden die Meinungen aller betroffenen Mitarbeitenden einbezogen. • Die Praxis nimmt sich Zeit, bei Änderungen von Abläufen vorab Risiken für Patientinnen und Patienten, für Mitarbeitende und für die Praxis einzuschätzen. • Alle betroffenen Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, sich an der Analyse kritischer Ereignissen zu beteiligen.

Team	**Sicherheitskultur** • Die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung wird in der Praxis ernst genommen. • Die Praxis unterstützt die kontinuierliche Weiterqualifizierung aller Mitarbeitenden. • Die Praxis ermutigt zum Lernen aus Ideen und konstruktiver Kritik der Mitarbeitenden aller Positionen.

3.4.2 Patientenbefragung EUROPEP

Der EUROPEP Fragebogen (Grol & Wensing 2000) gibt Auskunft darüber, wie die Patientinnen und Patienten die Qualität in der Praxis beurteilen. Meist wird diese Umfrage auf Papier durchgeführt. Eine Online-Befragung ist aber auch möglich. Pro Arzt, der mehr als 50 % arbeitet, werden 75 Fragebogen, pro Arzt der weniger als 50 % arbeitet 40 Fragebogen ausgegeben. Wird die Befragung über die gesamte Praxis durchgeführt, werden mindestens 120 Fragebogen ausgegeben. Für eine aussagekräftige Auswertung ist eine Rücklaufquote von 75 % anzustreben. Die Auswertung erfolgt in einem separaten Bericht.

Patientinnen & Patienten	**Perspektive der Patientinnen und Patienten** • Während des Arztbesuches wird den Patientinnen und Patienten das Gefühl vermittelt, ausreichend Zeit für sie zu haben. • Die Patientinnen und Patienten haben den Eindruck, dass ihre Ärztin, ihr Arzt an ihrer persönlichen Situation interessiert ist. • Die Patientinnen und Patienten sind der Ansicht, ihre Ärztin, ihr Arzt macht es ihnen leicht, mit ihr / ihm über Probleme zu sprechen. • Die Patientinnen und Patienten fühlen sich gut in Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung einbezogen. • Die Patientinnen und Patienten sind der Ansicht, ihre Ärztin, ihr Arzt hört ihnen gut zu. • Die Patientinnen und Patienten haben den Eindruck, dass auf die vertrauliche Behandlung ihrer Daten und Unterlagen geachtet wird. • Die Patientinnen und Patienten sind der Meinung, dass ihre Beschwerden schnell gelindert werden. • Die Patientinnen und Patienten sind der Meinung, dass ihnen gut geholfen wird, um den normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können. • Die Patientinnen und Patienten sind der Meinung, dass ihre Ärztin, ihr Arzt gründlich ist. • Die Patientinnen und Patienten haben den Eindruck, dass körperliche Untersuchungen bei ihnen gut durchführt werden.

Patientinnen & Patienten	**Perspektive der Patientinnen und Patienten** • Die Patientinnen und Patienten sind mit den Angeboten zur Krankheitsvorbeugung zufrieden. • Die Patientinnen und Patienten haben die Meinung, dass der Zweck von Untersuchungen und Behandlungen gut erklärt wird. • Die Patientinnen und Patienten sind der Ansicht, dass sie gut über ihre Beschwerden bzw. Erkrankungen informiert werden. • Die Patientinnen und Patienten sind der Meinung, dass ihnen bei emotionalen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand gut geholfen wurde. • Die Patientinnen und Patienten sind der Ansicht, dass ihnen gut erläutert wird, warum sie die Ratschläge der Ärztin, des Arztes befolgen sollen. • Die Patientinnen und Patienten haben den Eindruck, dass sich die Ärztin, der Arzt gut an frühere Kontakte und Gespräche erinnert. • Die Patientinnen und Patienten sind der Ansicht, dass sie gut auf Spezialisten oder das Spital vorbereitet werden. • Die Patientinnen und Patienten sind mit der Hilfsbereitschaft der Praxismitarbeitenden zufrieden. • Die Patientinnen und Patienten sind zufrieden mit den Möglichkeiten, für sie passende Termine zu bekommen. • Die Patientinnen und Patienten sind mit der telefonischen Erreichbarkeit der Praxis zufrieden. • Die Patientinnen und Patienten sind mit der telefonischen Erreichbarkeit der Ärztin, des Arztes selbst zufrieden. • Die Zuweisenden bekommen zügig passende Termine für die Patientinnen und Patienten. • Die Patientinnen und Patienten sind mit den Wartezeiten zufrieden. • Die Patientinnen und Patienten sind der Ansicht, bei dringenden Gesundheitsproblemen schnell Hilfe zu bekommen. • Die Patientinnen und Patienten sind mit der Sauberkeit der Praxis zufrieden. • Die Patientinnen und Patienten finden die Praxiseinrichtung angenehm und ansprechend. • Die Patientinnen und Patienten sehen keinen Grund, die Ärztin, den Arzt zu wechseln. • Die Patientinnen und Patienten würden ihren Freunden die Ärztin, den Arzt empfehlen.

3.4.3 Zuweisendenbefragung

Die Zuweisendenbefragung reflektiert Qualität aus dieser spezifischen Perspektive. Um aussagekräftige Resultate zu erzielen, sollten mindestens 20 Zuweisende angeschrieben werden. Im Rahmen der Befragung werden folgende Indikatoren überprüft:

Zuwiesende	**Qualität aus der Sicht der Zuweisenden** • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis sind gut erreichbar. • Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass ihre Patientinnen und Patienten in dringenden Fällen einen Termin innerhalb des gewünschten Zeitfensters erhalten. • Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass ihre Patientinnen und Patienten in der Regel zufrieden sind mit der Art und Weise, wie mit ihnen in der Spezialarztpraxis kommuniziert wurde. • Die Zuweisenden sind zufrieden mit der Zustellungsfrist der Arztberichte. • Die Arztberichte beantworten die Fragen, die zur Überweisung an den Spezialarzt geführt haben. • Die Arztberichte sind verständlich und übersichtlich. • Die Arztberichte sind klinisch gut verwertbar. • Die Arztberichte enthalten Empfehlungen zur weiteren Behandlung. • Die Mitarbeitenden der Praxis kooperieren gut bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten. • Die Ärztinnen und Ärzte der Spezialarztpraxis arbeiten eng mit Fachkollegen und Fachkolleginnen oder anderen Fachpersonen innerhalb oder ausserhalb ihrer Praxis zusammen. • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis gehen effizient mit den Ressourcen für die Gesundheitsversorgung um (z.B. in Bezug auf aufwändige diagnostische oder therapeutische Massnahmen). • Die Zuweisenden schätzen die Zusammenarbeit mit der Spezialarztpraxis. • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis sorgen dafür, dass immer klar ist, wer für die weitere Versorgung einer Patientin oder eines Patienten verantwortlich ist. • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis beantworten meine diagnostische oder therapeutische Fragestellung adäquat. • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis führen die Untersuchungen und die Behandlung kompetent durch.

Zuweisende	**Qualität aus der Sicht der Zuweisenden** • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis sind fachlich auf dem neuesten Stand. • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis kennen die Grenzen ihrer Kompetenzen und Möglichkeiten. • Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis informieren mich, wenn eine an sie gerichtete Überweisungsanfrage ausserhalb ihres Kompetenzbereichs liegt.

3.5 Audit vor Ort: Praxisbesuch

Der Audit ist ein begleiteter Rundgang der Auditorin, des Auditors durch die Praxis. Dabei werden laufend verschiedene Indikatoren im Gespräch mit verantwortlichen Personen geprüft. In Interviews werden weitere Indikatoren besprochen. Die Feedbackrunde dient der Diskussion der nun vollständig erhobenen Ausgangslage und der Definition von Zielen.

3.5.1 Vor dem Ankommen

Infrastruktur	**Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten** ! !!! Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich, in einer Landessprache abgefasst und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten.

3.5.2 Empfang

Vor Ort und im Gespräch mit einer Mitarbeitenden dieses Bereichs werden folgende Indikatoren überprüft:

Patientinnen & Patienten	**Management und Schutz von Patientendaten** • Die Praxis stellt sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können. 🗗 *Der / die Auditor_in wird hier darauf achten, ob es zumutbare Massnahmen gibt, welche die Diskretion am Empfang erhöhen könnten.* ! !!! Patientinnen und Patienten können ihre Daten einsehen und erhalten. • Das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang respektiert den Datenschutz und die Diskretion.

Patientinnen & Patienten	**Patientenmanagement** • Die Praxis vergibt Termine so, dass für die Patienten mit unterschiedlichen Anliegen jeweils genügend Zeit eingeplant ist ✓ *Die Praxis sollte Anliegen oder Patientinnen (z.B. Notfalltermine, Termine für Chroniker/innen, Patienten mit physischen / psychischen Einschränkungen) kategorisieren. ➲ Bei kleinen Praxen reichen Markierungen auf einzelnen KG, bei grossen Praxen ist eine schriftliche Vorgabe nötig.* ✓ *Die Praxis sollte Termine anhand dieser Kategorien vergeben. ➲ Bei kleinen Praxen reichen Slots für Termine, die am selben Tag vergeben werden.* • Die Praxis hat für die Telefontriage Kriterien definiert, bei denen ein_e Patient_in sofort einbestellt oder beim Notfall gemeldet werden muss. • MPA haben eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage. 🗗 • Patientinnen und Patienten, welche das Personal nicht persönlich kennt, werden am Empfang eindeutig identifiziert. *Für eine eindeutige Identifikation müssen zumindest Name, Vorname und Geburtsdatum abgefragt werden. Diese Angaben müssen mit der KG / Agenda überprüft werden.*
Qualität & Sicherheit	**Notfallmanagement** ! !!! Die Praxis hat ein Notfallkonzept. *Beispielsweise ein Merkblatt, welches das Vorgehen klärt und wichtige Telefonnummern aufweist.*

3.5.3 Auf dem Weg durch die Praxis

Infrastruktur	**Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten** • Die Praxis verfügt über getrennte Toiletten für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende. 🗗 • Mitarbeitende haben die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen etc. ungestört zurückzuziehen. 🗗 • Die Praxis trifft Massnahmen, die sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten und Personal die Räumlichkeiten im Bedarfsfall schnellstmöglich verlassen können. 🗗 ✓ *Die Fluchtwege der Praxis müssen frei sein.* ✓ *➲ Grosse Praxen oder solche, die in komplizierten Gebäuden situiert sind, sollten einen Fluchtplan aushängen haben.*
Patienten	**Management & Schutz von Patientendaten** ! !!! In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar. 🗗

Qualität & Sicherheit	**Hygiene und Arbeitssicherheit** ! !!! Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden. 🗗 ✓ *In allen Behandlungsräumen und Toiletten hat es Desinfektionsmittel.* ✓ *Auf den Toiletten hat es hygienische Vorrichtungen zum Trocknen der Hände.* ! !!! Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss. 🗗 ✓ *Wo infektiöses Material anfällt oder mit scharfen Gegenständen gearbeitet wird, gibt es geeignete Behälter zur Entsorgung.* ✓ *Sonderabfälle werden separat entsorgt.*

3.5.4 Material

Infrastruktur	**Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente** ! !!! Die Praxis gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens. ✓ *Blutdruckmessgeräte werden alle zwei Jahre von einer kompetenten Stelle kalibriert. Idealerweise ist das Labor SAS-akkreditiert.* ✓ *Die Wartung von Laborgeräten, Defibrillatoren und Feuerlöschern gemäss Herstellerangaben ist gewährleistet.* ✓ *Die Zustandsprüfung der Röntgenanlage erfolgt gemäss Herstellerangaben und durch eine vom Bundesamt für Gesundheit bewilligte Stelle. Die jährliche Konstanzprüfung durch eigenes oder Dienstpersonal ist gewährleistet.* ✓ *Die Praxis führt interne und externe Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch.* ✓ *Es bestehen Verfahren zur Wartung der für die jeweilige Fachrichtung erforderliche Geräte.* ! !!! Die Ausstattung der Praxis ist aktuell gewartet. 🗗 *Der /die Auditor_in prüft die Aktualität der Wartung der Blutdruckmessgeräte, Labergeräte, Röntgenanlage, Defibrillatoren, Sterilisatoren, Feuerlöscher und der für die jeweilige Fachrichtung erforderlichen Geräte.*

3.5.5 Medikamentenlager

➲ 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 in diesem Bereich nur die Mindestkriterien.

Infrastruktur	Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente • Die Praxis lagert Medikamente sachgemäss. 🗗 ✓ Der Medikamentenkühlschrank ist mit einem Thermometer ausgestattet. ✓ Die Temperatur ist angemessen (2 bis 8 Grad Celsius). ✓ Schwankungen können rechtzeitig bemerkt werden. • Die Praxis bewahrt Medikamente möglichst sicher vor Kindern und Patientinnen und Patienten auf. 🗗 ! !!! Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank. 🗗 • Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfallkoffers. 🗗 • Der kontrollierte Notfallkoffer enthält alle notwendigen und auf der Inventarliste aufgeführten Medikamente, Geräte und Instrumente. Die Medikamente haben das Verfallsdatum nicht überschritten. Zu wartende Geräte und Instrumente im Notfallkoffer sind innerhalb der vorgesehenen Fristen gewartet. 🗗

3.5.6 Gespräch mit der / dem hauptverantwortlichen MPA

Im Gespräch mit der / dem hauptverantwortlichen MPA (je nach Praxiskonstellation und Aufgabenteilung kann die Anwesenheit der hauptverantwortlichen Ärztin, des hauptverantwortlichen Arztes sinnvoll sein) werden folgende Indikatoren überprüft:

Patientinnen & Patienten	**Management & Schutz von Patientendaten** • Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Laboruntersuchungen vorgenommen hat. **Patientenmanagement** • Es gibt ein Verfahren, nach dem Patientinnen und Patienten über die Praxis informiert werden. *Patientinnen und Patienten, bei denen sich abzeichnet, dass sie sich an die Praxis binden, sollten über das medizinische Angebot, das Verhalten im Notfall und wenn nötig über eine Ansprechperson bei Fragen zum Gesundheitssystem informiert werden. Die Praxis entscheidet selbst, wer wann welcher Patientin, welchem Patienten die Informationen vermittelt.* • Die Praxis hat Regeln zur Kommunikation von Untersuchungsresultaten an Patientinnen und Patienten. *Es ist geklärt, wer welche Resultate mitteilen darf und bei welchen Untersuchungen / Resultaten (z. B. HIV-Test oder Screening Resultate) besondere Massnahmen ergriffen werden müssen.* • Teammitglieder wissen voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können. • Die Praxis hat Kriterien, die klären, in welchen Fällen professionelle Dolmetschdienste herangezogen werden. *Idealerweise würden sämtliche Dolmetschdienste durch Profis erbracht. Da dies in der Praxis aus organisatorischen und Kostengründen oft nicht möglich ist, braucht es hier eine bewusste Entscheidung der Praxis, in welchen Fällen man auf Telefon- oder anwesende Dolmetscher zurückgreifen will.*

Koordination mit Externen	**Überweisungen und Aufträge** • Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis ihrer Preferred Provider. *Das Verzeichnis soll sicherstellen, dass die Praxis Aufträge an Leistungserbringer vergibt, mit denen eine gute und vertrauensvolle Kooperation besteht. Das Verzeichnis sollte regelmässig überprüft werden und idealerweise auch Kontakte zu Sozialdiensten, Selbsthilfegruppen etc. enthalten.* • Informationen, die zur Fortführung der Behandlung notwendig sind, werden rechtzeitig, vollständig und gut leserlich an Mit- oder Weiterbehandelnde übermittelt. *Alle Elemente einer KG müssen zeitnah versandt werden können. Rezepte und Medikamentenpläne sollen elektronisch erstellt werden.* **Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden** • Die Praxis verfolgt Untersuchungsaufträge nach. ! !!! Die Praxis stellt sicher, dass eingehende Untersuchungsergebnisse rechtzeitig durch eine Ärztin, einen Arzt gesichtet werden. ✓ *Dazu braucht es Kriterien, anhand derer die Dringlichkeit einer Sichtung geregelt wird.* ✓ *Die Sichtung muss mit Visum oder elektronischem Marker dokumentiert werden.* ✓ *Die Sichtung muss auch bei Abwesenheit der behandelnden Ärztin, des behandelnden Arztes sichergestellt sein (Stellvertreter-Regelung).* **Austausch mit Mitbehandelnden** • Die Praxis dokumentiert Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder.
Team	**Personalmanagement** • Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer MPA in ihre / seine Arbeitsgebiete. *Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.*

3.5.7 Gespräch mit der hauptverantwortlichen Ärztin, dem hauptverantwortlichen Arzt

Im Gespräch mit der hauptverantwortlichen Ärztin, dem hauptverantwortlichen Arzt (je nach Praxiskonstellation und Aufgabenteilung kann die Anwesenheit der / des hauptverantwortlichen MPA sinnvoll sein) werden folgende Indikatoren überprüft:

Patientinnen & Patienten	**Verwendung von Leitlinien für Diagnose und Behandlung** • Die Praxis verwendet aktuell gültige Leitlinien zu Diagnose und Behandlung als Grundlage für Behandlungsentscheidungen. ! !!! Es ist eine Liste mit den von der Praxis verwendeten Leitlinien für Diagnose und Behandlung vorhanden. ! !!! Der Arzt, die Ärztin kann auf Nachfrage hin erläutern, welche typischen Patientenpfade aufgrund der aktuellen Leitlinien Anwendung finden. ! !!! Der Arzt, die Ärztin kann erläutern, in welchen Fällen die Praxis von den benutzten Leitlinien zu Diagnose und Behandlung abweicht. ! !!! Die internen Audits zur Diagnose und Behandlung nach Leitlinien wurden bei einer Stichprobe von 20 Patienten korrekt durchgeführt. *Einmal pro Jahr (das erste Mal vor dem externen Erstaudit) wählt die Praxis zufällig 20 Akten von aktuell behandelten Patienten aus. Für diese Patienten führt die Praxis ein internes Audit durch. In dessen Rahmen wird festgestellt, ob Abweichungen zum Vorgehen nach den Leitliniendokumenten zu Diagnose und Behandlung in den Patientendossiers vermerkt sind. Falls dabei Mängel festgestellt wurden, wird überprüft, ob diese korrigiert wurden und ob nach drei Monaten ein neues Patientendossier-Audit durchgeführt wurde.* **Management und Schutz von Patientendaten** • Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche KG-Einträge vorgenommen hat. **Patientenmanagement** • Das Team hat ein Verfahren zur Wahrung der Würde der Patientinnen und Patienten bei körperlichen Untersuchungen. Es enthält z.B. Angaben darüber, wie bei bestimmten Untersuchungen (z. B. Ergometrien) sichergestellt wird, dass Patientinnen und Patienten über den Ablauf aufgeklärt werden, ihr Einverständnis eingeholt wird, die Untersuchung in einem geschützten Rahmen stattfindet etc. • Die Praxis hat geklärt, in welchen Fällen Freunde oder Familienangehörige nicht mit Übersetzungsdiensten betraut werden.

Patientinnen & Patienten

Prävention und Gesundheitsförderung

- Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem sie Patientinnen und Patienten über Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen informiert.

  Die Praxis entscheidet, wann sie welche Patientinnen und Patienten zu welchen Untersuchungen informiert.
- Alle KG enthalten anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen.

Die Nachfrage sollte auch dokumentiert sein, wenn keine Allergien etc. bekannt sind.

Kontinuität

- Die Praxis hat ein Verfahren zur Anamnese neuer, die Praxis regelmässig aufsuchender und / oder dauermedizierter Patientinnen und Patienten.

  ➲ *Bei grossen Praxen braucht es eine schriftliche Checkliste oder gemeinsame Eingabemaske.*

- Die Praxis fördert die Kontinuität der Behandlung mit einer Medizinalperson der Praxis.

  Patientinnen und Patienten, bei denen es sich abzeichnet, dass sie die Praxis regelmässig aufsuchen, sollten einer primären Ansprechperson zugewiesen und über die Wichtigkeit der kontinuierlichen Kooperation mit dieser Person hingewiesen werden.

- Die Praxis erarbeitet mit chronisch kranken Patientinnen und Patienten Strategien und Pläne, die ihnen helfen, im Alltag und in schwierigen Situationen bestmöglich mit ihrer Krankheit umzugehen.

  z. B. Aktionspläne für Asthmatiker, COPD-Patienten, Herzinsuffizienz-Patienten, Hypogefahr bei Diabetes

- Die Praxis hat ein Verfahren zur Wiedereinbestellung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen.
- Die Praxis hat ein Verfahren im Umgang mit Dauermedikamenten.

  Das Verfahren muss die Visierung der Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente sowie die mindestens jährliche Überprüfung der Indikation gewährleisten.

! !!! Die Praxis hat eine Vorlage für Medikamentenpläne und regelt deren Herausgabe.

- Alle KG enthalten eine Diagnose- oder Problemliste. Darin sind auch relevante externe Befunde vermerkt.
- Die Praxis fördert das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten.

  Das Team setzt Massnahmen zur Förderung des Selbstmanagements der Patientinnen und Patienten um und stellt sicher, dass diese Massnahmen aktueller Evidenz und Best Practice entsprechen.

Koordination mit Externen	**Überweisungen und Aufträge** • Die Praxis fördert die einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Überweisungen. *Es werden z. B. Strukturen und Elemente von Aufträgen besprochen oder es gibt Vorlagen. ➲ nicht relevant in Einzelpraxen* • Es gibt ein Verfahren für den Fall, dass der / die Patient_in die Ärztin, den Arzt inner- oder ausserhalb der Praxis wechseln möchte oder für den Fall, dass die Praxis eine Patientin, einen Patienten nicht mehr behandeln möchte. *Das Verfahren sollte gewährleisten, dass:* ✓ *die KG vollständig an die Patientin, an den Patienten herausgegeben wird.* ✓ *dass Vor- und Nachbehandelnder Arzt nur bei Einverständnis des Patienten miteinander kommunizieren und dass der Patient über sämtliche Kommunikation zwischen Vor- und Nachbehandler informiert wird.* **Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden** • Die Praxis dokumentiert welche Massnahmen (z. B. Wiedereinbestellung) aufgrund eingegangener Ergebnisse getroffen wurden. **Austausch mit Mitbehandelnden** • Die Praxis trifft sich mit lokalen Leistungserbringern oder Preferred Providern.
Team	**Personalmanagement** • Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärztinnen, neuer Ärzte in ihre Arbeitsgebiete. *Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.* **Professioneller Austausch** • Das Team bespricht die Behandlung einzelner Patientinnen und Patienten in besonders komplexen Lagen. *z. B. polymorbide Patientinnen und Patienten in besonders schwierigen sozialen Lagen, Patientinnen und Patienten, die schwierig im Umgang und / oder sehr fordernd sind, mit psychischen Schwierigkeiten, bei denen ein einheitlicher Umgang aller Fachpersonen wichtig ist etc. Die Praxis sucht die Fälle nach eigenen Kriterien aus.* • Das Team bespricht den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken. *z. B. Umgang mit Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten, Patientinnen und Patienten mit physischen oder psychischen Einschränkungen, in sozial schwierigen Lagen, im Asylprozess, im Heim, fordernde Patientinnen und Patienten etc. Die Praxis sucht die Gruppen nach eigenen Kriterien aus.*

3.5.8 Gespräch mit der / dem Personalverantwortlichen

Team

Personalmanagement

- Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen / Zertifikaten überprüft.
- Alle Mitarbeitende haben eine Stellenbeschreibung.
- Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt.

  Zum Personalgespräch sollte ein schriftlicher Bericht vorhanden sein.
  Im Personalgespräch sollte das Thema Fortbildung thematisiert werden.

- Die Praxis fördert den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team.

  z.B. im Rahmen von Team-Events

- Die Praxis verfügt über ein Vorgehen zur Verhinderung von Mobbing und Diskriminierung.
- Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung weiteres medizinischen Personals (ausser Ärztinnen, Ärzte und MPA).

  Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

- Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften.

  Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

Aus- und Weiterbildung

- Die Praxis engagiert sich für Ausbildung und / oder Lehre.

  etwa in der Ausbildung, Organisation von Weiterbildungen für internes oder externes Personal

- Das medizinische Personal der Praxis nimmt an professionell moderierten Qualitätszirkeln teil.

  Ein schriftlicher Nachweis ist nötig.

Professioneller Austausch

! !!! Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch.

- ✓ *Eine Traktandenliste muss vorab festgelegt sein.*
- ✓ *Die Sitzungen werden protokolliert (Nachweis).*

Die Sitzungen finden regelmässig statt.

3.5.9 Gespräch mit der / dem Qualitätsverantwortlichen

Qualität / Sicherheit	**Management kritischer Ereignisse** • Die Praxis hat ein Verfahren, das es Patientinnen und Patienten ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen. *Das kann ein Hinweis auf der Website, eine E-Mail-Adresse, ein Briefkasten oder ein Hinweis im Patientengespräch sein.* • Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Beschwerden von Patientinnen und Patienten und anderen Leistungserbringern. *Beschwerden werden dokumentiert und besprochen (Nachweis). Es werden Massnahmen abgeleitet.* ! !!! Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen. *Kritische Ereignisse (=Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Patientinnen und Patienten) werden dokumentiert und zeitnah und interprofessionell besprochen (Nachweis). Es werden Massnahmen abgeleitet. Ein Verfahren zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten im Fall kritischer Ereignisse ist wünschenswert.* • Die Praxis weist Patientinnen und Patienten auf den EQUAM Ombudsarzt hin. **Notfallmanagement** ! !!! Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis haben im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen. *Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig, z. B. als Teilnahmebestätigung, Zertifikat etc.* **Qualitätsentwicklung und -politik** • Die Praxis hat eine_n Qualitätsverantwortliche_n. ➲ *Bei kleinen Praxen kann dies die Ansprechperson für die EQUAM Stiftung sein, bei grossen Praxen sollten die Aufgaben und Kompetenzen der Person genauer definiert werden.*

Qualität / Sicherheit	**Qualitätsentwicklung und -politik** • Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem alle Mitarbeitenden bezüglich Neuerungen in qualitäts- und sicherheitsrelevanten Abläufen, informiert werden. ➲ *nur für grosse Praxen relevant* • Die Praxis trifft Massnahmen, die helfen, die Implementierung qualitäts- und sicherheitsrelevanter Regeln im Team zu gewährleisten. ➲ *nur für grosse Praxen relevant*

3.5.10 Feedbackrunde

Die Feedbackrunde bildet den Abschluss des Audits. Die Leitung der Praxis sollte anwesend sein. Die Praxis kann selber entscheiden, weitere Mitarbeitende oder das gesamte Team zur Feedbackrunde einzuladen. Grössere Praxen sollten diese Frage in Rücksprache mit dem / der Auditor_in klären.

Das Team erhält Rückmeldungen von dem / der Auditor_in zum Audit und zu den Befragungen. Sie diskutieren gemeinsam mögliche Qualitätsverbesserungsziele und Massnahmen.

3.6 Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung

Im Anschluss an das Audit erstellt der / die Auditor_in einen Bericht und macht Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. Die Praxis definiert mindestens drei Ziele und dazugehörige Massnahmen – sowie weitere, wenn Mindestkriterien nicht erfüllt sind. Die drei Ziele können auch Unterziele eines grösseren Projektes sein. Darüber hinaus muss Erfüllung der Mindestkriterien gewährleistet sein. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Praxis zertifiziert.

3.7 Zwischenbericht

Im Jahr nach der Zertifizierung nimmt die EQUAM Stiftung mit der Praxis Kontakt auf und fordert die projektverantwortliche Person auf, zu den gesetzten Zielen und Massnahmen Stellung zu beziehen. Die Praxis definiert mindestens zwei neue Ziele zur Bearbeitung für die verbleibende Laufzeit des Zertifikats.

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.

3.8 Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag

Die Praxis entscheidet, ob sie sich re-zertifizieren lassen möchte und meldet sich an.

4. Programmentwicklung

Seit dem Jahr 2003 bietet die EQUAM Stiftung (zu Beginn in Kooperation mit der SwissPep) Zertifikate für Arztpraxen an. Die Basis für das Zertifikat lieferte bis ins Jahr 2017 das in einem internationalen Konsortium entwickelte Europäische Praxis-Assessment EPA (Engels et al. 2005; 2006).

Das jetzige Praxiszertifikat der EQUAM Stiftung für Spezialarztpraxen nutzt das EPA als wichtige Quelle. Daneben flossen in die grundlegende Überarbeitung Anregungen aus Standard-Sets weltweit ein (u.a. Starfield et al. 2009; Levitt et al. 2010; RACGP 2015, IKAS 2014).

Auf diesen Grundlagen, den Erfahrungen der Stiftung und Rückmeldungen der Praxen aufbauend wurde im Sommer 2018 an der EQUAM Geschäftsstelle der Indikatorenkatalog überarbeitet. Dieser wurde anschliessend einer Bewertung durch Spezialärzte, MPA, Vertreter einer Patientenorganisation sowie eine Fachperson aus dem Krankenkassenwesen unterzogen. Eine Arbeitsgruppe, in der ebendiese Professionen vertreten waren, diskutierte im Anschluss daran die Indikatoren und verfeinerte die Kriterien. Die EQUAM Fachgruppe diskutierte den so entstandenen Indikatorenkatalog im September 2018 und gab anschliessend diese Version des Programms frei.

Die Befragung für Mitarbeitende (Wet et al. 2010) wurde im Rahmen einer Pilotphase in Grundversorgerpraxen bereits früher getestet und überprüft. Die Befragung für Zuweisende lehnt sich an die von EQUAM für Radiologie-Institute entwickelte Zuweisendenbefragung an. Sie wurde von der im letzten Abschnitt erwähnten Arbeitsgruppe begutachtet und für die Spezialarztpraxis angepasst.

Die EQUAM Stiftung dankt allen, die einen Beitrag zur Erarbeitung dieses Programmes geleistet haben herzlich für ihr Engagement zugunsten von Qualität und Patientensicherheit.

5. Literatur

Engels, Y. et al. "Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe". *Family Practice* 22 (2005): S. 215-222.

Engels, Y. et al. "Testing a European Set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices". *Family Practice* 23, no. 1 (2006): S. 137-147.

Glasgow, R. E. et al. "Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)". *Medical Care* 43, no. 5 (2005): S. 436-444.

Grol, R. & Wensing, M. *Patientes evaluate general/family practice. The EUROPEP Instrument*. EUROPEP Group, 2000.

IKAS – Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare "The Danish Healthcare Quality Programme. Accreditatin standards for medical specialist practices (2014): Download from https://www.ikas.dk/FTP/PDF/D14-30483.pdf on Sept. 10th 2018

RACGP - The Royal Australian College of General Practitioners. *Standards for General Practices - Fourth Edition*. Melbourne, 2015.

Levitt, C. A. and Hilts L. *Quality in Family Practice. Book of Tools*. Hamilton: McMaster Innovation Press, 2010.

Wet, C. et al. "The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care". *Quality and Safety in Health Care* 19 (2010): 578-854.

6. Änderungskontrolle

Version	Überarbeitung	Ersteller_in	Datum