

# Spezialarztpraxis – Zertifizierte Qualität

Programmbeschreibung mit den Indikatoren

Version 1.3  
Juni 21

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Ziele .....	3
2.	Inhalte.....	3
	Inhaltliche Struktur.....	4
	Mindestkriterien und Erfüllungsgrad .....	5
	Definition Verfahren.....	6
3.	Anmeldung, Vertrag und Zertifizierungsprozess.....	7
	Vorausdit (Selbstauskunft zur Erfüllung der Mindestkriterien) .....	7
	Dokumentenaudit (Selbstauskunft zu Dokumenten und Indikatoren) .....	7
	Zwei Befragungen zur Auswahl: Patientenbefragung oder Zuweisendenbefragung .....	8
	Patientenbefragung EUROPEP .....	8
	Zuweisendenbefragung.....	8
	Optional als Zusatz für grössere Praxen: Mitarbeitendenbefragung.....	8
	Audit vor Ort: Praxisbesuch.....	9
	Feedbackrunde.....	9
	Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung.....	9
	Zwischenbericht .....	9
	Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag .....	9
4.	Erhebungsbereiche.....	10
	Infrastruktur .....	10
	Patient:innen .....	12
	Team.....	17
	Koordination mit Externen .....	20
	Qualität und Sicherheit .....	23
5.	Programmentwicklung .....	25
6.	Literatur.....	26
7.	Änderungskontrolle.....	27
	Anhang: Anleitung Internes Audit und Review-Liste .....	28

## 1. Einleitung und Ziele

Die ambulante Versorgung in spezialärztlichen Praxen stellt einen wichtigen Grundpfeiler im Gesundheitssystem dar. Ärzt:innen und MPAs behandeln und betreuen mit hohem fachlichem Wissen und Können Menschen über den gesamten Lebenszyklus hinweg.

Optimal zum Tragen kommen die Fähigkeiten der Gesundheitsfachpersonen 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 die Auditor:in Daten erhoben, die eine fundierte Standortbestimmung in Sachen Qualität erlauben.

Die Auditor:in nimmt im Rahmen des Audit in nicht anonymisierte Krankengeschichten der Patientenregister und des Gesamtpatientenpools Einsicht. Die Auditor:innen unterstehen im Rahmen Ihres Audit-Auftrags vertraglich unter Geheimhaltungspflicht, die über die Vertragsdauer gilt.

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 ungeniert mit uns Kontakt auf: [office@equam.ch](mailto: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 Doppelspurigkeit zu vermeiden. Angesichts der Heterogenität im kantonale organisierten schweizerischen Gesundheitswesen ist es allerdings unvermeidlich, dass die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben teilweise auch im Rahmen dieses Programms kontrolliert wird.

### Inhaltliche Struktur

Die fünf Bereiche des Programms werden in Dimensionen und diese wiederum in weitere Indikatoren unterteilt. Mit der Wahl der Befragung setzen Sie einen Schwerpunkt.

Bereich	Dimension	Anzahl der Indikatoren
Infrastruktur	Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten	5
	Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente	7
Patient:innen	Perspektive der Patient:innen (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 (optionale Befragung für grössere Praxen)	30
	Personalmanagement	9
	Aus- und Weiterbildung	2
	Professioneller Austausch	3
Koordination mit Externen	Zuweisendenbefragung (alternativ zur Patientenbefragung)	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

### 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 geführten Diskussionen mit der Auditor:in 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 Patient:innen aus. Für diese Patient:innen führt die Praxis ein internes Audit durch. Dabei beurteilen die ärztlichen Kolleg:innen gegenseitig das Einhalten der fachlichen Guidelines im Sinne eines Peer-reviews. Nur in Einzelpraxen sollte die Beurteilung vom betroffenen Ärzt:in selbst durchgeführt und dokumentiert werden. In diesem Rahmen wird festgestellt, ob Abweichungen zum Vorgehen nach den Leitliniendokumenten zu Diagnose und Behandlung in den Patientendossiers vermerkt sind. Falls beim internen Audit 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 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 nicht erfüllt ist, muss gemäss Vorgaben der Schweizerischen Akkreditierungsstelle die Zertifizierung suspendiert werden. Ein erneutes Audit ist in diesem Fall nach 6 Monaten möglich.

Über alle Indikatoren hinweg verlangt die EQUAM Stiftung einen Gesamterfüllungsgrad von 50 %. Der Gesamterfüllungsgrad entspricht dem Durchschnitt des Erfüllungsgrades aller Indikatoren (Mindestkriterien und Kriterien).

### Mindestkriterien

- 1.1.2** !!! Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich, auf Hochdeutsch, Französisch und/oder Italienisch abgefasst und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten.
- 1.2.1 (1)** !!! Die Praxis gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens.
- 1.2.1 (2)** !!! Die Ausstattung der Praxis ist aktuell gewartet.
- 1.2.4** !!! Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank.
- 2.2.1 (1)** !!! Die Praxis verfügt über eine Liste der hier verwendeten Leitlinien für Diagnose und Behandlung.
- 2.2.1 (2)** !!! Die Ärzt:in kann auf Nachfrage hin erläutern, welche typischen Patientenpfade aufgrund der aktuellen Leitlinien Anwendung finden.
- 2.2.1 (3)** !!! Die Ärzt:in kann erläutern, in welchen Fällen die Praxis von den benutzten Leitlinien zu Diagnose und Behandlung abweicht.
- 2.2.1 (4)** !!! Die Praxis kann nachweisen, dass bei einer Stichprobe von 20 Patienten die vorgeschriebenen internen Audits korrekt durchgeführt wurden.
- 2.3.1** !!! Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept.
- 2.3.2** !!! In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar.
- 2.3.4** !!! Patient:innen können ihre Daten einsehen und erhalten.
- 2.6.6** !!! Die Praxis hat eine Vorlage für Medikamentenpläne und regelt deren Herausgabe.
- 3.4.3** !!! Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch.
- 4.3.2** !!! Die Praxis stellt sicher, dass eingehende Untersuchungsergebnisse rechtzeitig durch eine Ärzt:in gesichtet werden.
- 5.1.2** !!! Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden.
- 5.1.3** !!! Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss.
- 5.2.3** !!! Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen.
- 5.3.1** !!! Die Praxis hat ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle.
- 5.3.2** !!! Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis haben im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen.

### Definition 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. Dies ist explizit in diesem Programmbeschrieb bei dem jeweiligen Punkt erwähnt.

### 3. Anmeldung, Vertrag und Zertifizierungsprozess

Bei der Anmeldung entscheidet die Praxis, welche Befragung(en) sie im Rahmen der Zertifizierung durchführen will (mindestens eine Befragung ist verpflichtend).

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 Auditor:in 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 Auditor:innen 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 Auditor:in zu und leitet die Zertifizierung ein. Der gesamte Zertifizierungsprozess wird über eine Online-Plattform abgewickelt. Die Praxis wird per E-Mail jeweils über die weiteren Schritte informiert und so durch den Prozess geführt.

#### Vorausdit (Selbstauskunft zur Erfüllung der Mindestkriterien)

Im Rahmen des Vorausdits überprüft die Praxis selbst, inwiefern sie die Mindestkriterien des Zertifizierungsprogrammes erfüllt. Für Kriterien, die noch nicht erfüllt sind, gibt die Praxis Auskunft darüber, bis wann sie diese erfüllen wird. Diese Information ist wichtig, damit die Auditor:in weiss, ab wann sie / er einen Audittermin mit Ihnen vereinbaren kann.

#### Dokumentenaudit (Selbstauskunft zu Dokumenten und Indikatoren)

In diesem Schritt lädt die Praxis Folgendes auf die Online-Plattform hoch:

- Link zur Webseite oder Broschüre der Praxis
- Datenschutzkonzept (Achtung Mindestkriterien – s.u.)
- Konzept zur Hygiene und Arbeitssicherheit
- Sofern eine Kontrolle des Kantonsapothekers in den letzten zwölf Monat erfolgt ist oder in den nächsten zwölf Monate geplant ist: Nachweis der Kontrolle (nicht ganzer Bericht nötig) oder Ankündigung derselben

Zusätzlich wird angegeben, wo die Informationen zu den Indikatoren in den Dokumenten zu finden sind.

Die Auditor:in wird – sofern vorhanden – auch die Praxiswebseite besuchen und überprüfen beim Dokumentenaudit folgende Indikatoren:

- 1.1.1 Webseite/Broschüre
- 1.1.2 Ansage Anrufbeantworter
- 2.3.1 Datenschutzkonzept
- 5.1.1 Konzept zu Hygiene und Arbeitssicherheit

Die EQUAM Stiftung macht keine Vorschriften zur Strukturierung der Dokumentation. Die Praxis lädt die Dokumente auf die Online-Plattform so hoch, wie sie vorhanden sind.

## Zwei Befragungen zur Auswahl: Patientenbefragung oder Zuweisendenbefragung<sup>1</sup>

### **Patientenbefragung EUROPEP**

Der EUROPEP Fragebogen (Grol & Wensing 2000) gibt Auskunft darüber, wie die Patient:innen die Qualität in der Praxis wahrnehmen. Es handelt sich um eine so genannte «Patient Reported Experience Measure» (PREM). Diese Umfrage wird auf Papier oder digital durchgeführt.

Fragebogen werden wie folgt ausgegeben: Ärzt:in mit einem Arbeitspensum über 50 %: 75 Fragebogen, Ärzt:in mit einem Arbeitspensum bis und mit 50 %: 40 Fragebogen.

Für den Auditbericht werden die Ergebnisse für die Praxis aggregiert ausgewertet. Eine detaillierte Auswertung pro Ärzt:in erfolgt in einem separaten Bericht.

### **Zuweisendenbefragung**

Die Zuweisendenbefragung reflektiert Qualität aus dieser spezifischen Perspektive. Um aussagekräftige Resultate zu erzielen, sollten alle Zuweisenden angeschrieben werden. Bei unter 40 Zuweisenden ist mit EQUAM bezüglich Durchführbarkeit der Befragung Rücksprache zu nehmen. Die Ergebnisse werden für den Auditbericht ausgewertet, zusätzlich erfolgt eine detaillierte Auswertung in einem separaten Bericht.

### **Optional als Zusatz für grössere Praxen: Mitarbeitendenbefragung**

Die Mitarbeitendenbefragung erlaubt es der Praxis, Qualität aus Sicht seiner Mitarbeitenden zu betrachten. Praxen ab 10 Mitarbeitende können sie zusätzlich durchführen. 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 Ergebnisse fliessen in den Auditbericht ein. Wenn mehr als 20 Personen dort arbeiten, erhält die Praxis einen zusätzlichen Auswertungsbericht der Umfrage zum Auditbericht.

---

<sup>1</sup> Die Praxis wählt für die Zertifizierung mindestens eine der beiden Befragungen aus.



### Audit vor Ort: Praxisbesuch

Der Audit ist ein begleiteter Rundgang der Auditor:in durch die Praxis. Dabei werden laufend verschiedene Indikatoren im Gespräch mit der jeweils verantwortlichen Person (Ärzt:in, MPA, HR- und / oder Qualitätsverantwortliche:r) geprüft und Dokumente eingesehen. Der Ablaufplan wird der Praxis rechtzeitig geschickt. In Interviews werden weitere Indikatoren besprochen. Die Feedbackrunde dient der Diskussion der nun vollständig erhobenen Ausgangslage und der Definition von Zielen.

### Feedbackrunde

Die Feedbackrunde bildet den Abschluss des Audits. Die Leitung der Praxis sollte anwesend sein. Die Praxis kann selber entscheiden, weitere Mitarbeitende zur Feedbackrunde einzuladen. Grössere Praxen sollten diese Frage in Rücksprache mit der Auditor:in klären. Das Team erhält Rückmeldungen von der Auditor:in zum Audit und zu den Befragungen. Sie diskutieren gemeinsam mögliche Qualitätsverbesserungsziele und Massnahmen.

### Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung

Im Anschluss an das Audit erstellt die Auditor:in einen Bericht und macht Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. Sofern Abweichungen zu Mindestkriterien bestehen, müssen diese bis zum Fälligkeitsdatum erfüllt sein. Zusätzlich müssen mindestens 3 weitere Ziele / Massnahmen definiert werden. Die Auditor:in beurteilt vor dem Antrag zur Zertifikatserteilung, ob die vorgeschlagenen Ziele und Massnahmen angemessen sind. Die EQUAM Stiftung kann weitergehende Verbesserungen verlangen.

Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Praxis zertifiziert.

### 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.

### Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag

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

## 4. Erhebungsbereiche

Im Folgenden werden die verschiedenen Kriterien der Zertifizierung im Detail wiedergegeben. In der Tabelle werden die Mindestkriterien durch drei Ausrufezeichen (!!!) gekennzeichnet. Das Symbol ☒ steht für Indikatoren, welche – wo relevant - an allen Standorten separat abgefragt werden, und das Symbol ➡ weist auf Bemerkungen hin, wo es Unterschiede zwischen grossen und kleinen Praxen oder andere spezielle Umstände gibt Sie können dieses Dokument als Checkliste für die Vorbereitung des Audits nutzen.

### Infrastruktur

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>1.1</b>	<b>Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten</b>	
1.1.1	Die Praxis verfügt über eine Webseite oder eine Broschüre mit allen für den Zugang nötigen Informationen. <i>Darunter verstehen wir:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Telefonnummer und telefonische Erreichbarkeit</li> <li>✓ Kontaktmöglichkeit per Online-Formular oder E-Mail</li> <li>✓ Öffnungszeiten</li> <li>✓ Adresse und Lageplan</li> <li>✓ Anfahrt mit Auto und öffentlichem Verkehr</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
1.1.2	!!! Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich, auf Hochdeutsch, Französisch und/oder Italienisch abgefasst und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten.	<input type="checkbox"/>
1.1.3	Die Praxis verfügt über getrennte Toiletten für Patient:innen und Mitarbeitende. ☒	<input type="checkbox"/>
1.1.4	Mitarbeitende haben die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen etc. ungestört zurückzuziehen. ☒	<input type="checkbox"/>
1.1.5	Die Praxis trifft Massnahmen, die sicherstellen, dass Patient:innen und das Personal die Räumlichkeiten im Bedarfsfall schnellstmöglich verlassen können. ☒ <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Die Fluchtwege der Praxis müssen frei sein.</li> <li>✓ ➡ Grosse Praxen oder solche, die in komplizierten Gebäuden situiert sind, sollten einen Fluchtplan aushängen haben.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>1.2</b>	<b>Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente</b> ➡ 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, werden nicht alle Kriterien in diesem Bereich geprüft.	

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
1.2.1(1)	<p>!!! Die Praxis gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Blutdruckmessgeräte werden alle zwei Jahre von einer kompetenten Stelle kalibriert. Idealerweise ist das Labor SAS-akkreditiert.</li> <li>✓ Die Wartung von Laborgeräten, Defibrillatoren und Feuerlöschern gemäss Herstellerangaben ist gewährleistet.</li> <li>✓ 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.</li> <li>✓ Die Praxis führt interne und externe Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch.</li> <li>✓ Es bestehen Verfahren zur Wartung der für die jeweilige Fachrichtung erforderliche Geräte.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
1.2.1(2)	<p>!!! Die Ausstattung der Praxis ist aktuell gewartet. ☞</p> <p>Die Auditor:in prüft die Aktualität der Wartung der Blutdruckmessgeräte, Laborgeräte, Röntgenanlage, Defibrillatoren, Sterilisatoren, Feuerlöscher und der für die jeweilige Fachrichtung erforderlichen Geräte.</p>	<input type="checkbox"/>
1.2.2	<p>Die Praxis lagert Medikamente sachgemäss. ☞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Der Medikamentenkühlschrank ist mit dem Thermometer ausgestattet.</li> <li>✓ Die Temperatur ist angemessen (2 bis 8 Grad Celsius).</li> <li>✓ Schwankungen können rechtzeitig bemerkt werden.</li> <li>✓ Die Temperatur wird regelmässig ausgelesen und dokumentiert.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
1.2.3	<p>Die Praxis bewahrt Medikamente möglichst sicher vor Kindern und Patient:innen auf. ☞</p>	<input type="checkbox"/>
1.2.4	<p>!!! Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank. ☞</p>	<input type="checkbox"/>
1.2.5	<p>Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfall-Sets. ☞</p>	<input type="checkbox"/>
1.2.6	<p>Das kontrollierte Notfall-Set 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 Notfall-Set sind innerhalb der vorgesehenen Fristen gewartet. ☞</p> <p>Es wird stichprobenmässig ein Notfall-Set kontrolliert. Er muss enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adrenalin</li> <li>✓ Atropin</li> <li>✓ Injektionsfähiges Corticosteroid</li> <li>✓ Tranquillizer</li> <li>✓ Nitrat</li> <li>✓ Betamimetikum</li> <li>✓ Morphin</li> <li>✓ Antihistaminikum</li> <li>✓ Diuretikum</li> <li>✓ Acidum Acetylsalicylicum</li> <li>✓ Dihydropiridin (z.B. Nifepidin, Amlodipin)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

Patient:innen

Code	Dimension & Indikatoren
<b>2.1</b>	<b>Perspektive der Patient:innen (Patientenbefragung EUROPEP)</b>
2.1.1	Während des Arztbesuches wird den Patient:innen das Gefühl vermittelt, ausreichend Zeit für sie zu haben.
2.1.2	Die Patient:innen haben den Eindruck, dass ihre Ärzt:in an ihrer persönlichen Situation interessiert ist.
2.1.3	Die Patient:innen sind der Ansicht, ihre Ärzt:in macht es ihnen leicht, über Probleme zu sprechen.
2.1.4	Die Patient:innen fühlen sich gut in Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung einbezogen.
2.1.5	Die Patient:innen sind der Ansicht, ihre Ärzt:in hört ihnen gut zu.
2.1.6	Die Patient:innen haben den Eindruck, dass auf die vertrauliche Behandlung ihrer Daten und Unterlagen geachtet wird.
2.1.7	Die Patient:innen sind der Meinung, dass ihre Beschwerden schnell gelindert werden.
2.1.8	Die Patient:innen sind der Meinung, dass ihnen gut geholfen wird, um den normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können.
2.1.9	Die Patient:innen sind der Meinung, dass ihre Ärzt:in gründlich ist.
2.1.10	Die Patient:innen haben den Eindruck, dass körperliche Untersuchungen bei ihnen gut durchgeführt werden.
2.1.11	Die Patient:innen sind mit den Angeboten zur Krankheitsvorbeugung zufrieden.
2.1.12	Die Patient:innen haben die Meinung, dass der Zweck von Untersuchungen und Behandlungen gut erklärt wird.
2.1.13	Die Patient:innen sind der Ansicht, dass die Ärzt:in ihnen Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten gut erklärt
2.1.14	Die Patient:innen haben den Eindruck, dass sie über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der vom Ärzt:in verordneten Medikamente genügend aufgeklärt werden.
2.1.15	Die Patient:innen sind der Ansicht, dass sie gut über ihre Beschwerden bzw. Erkrankungen informiert werden.
2.1.16	Die Patient:innen der Meinung, dass ihnen bei emotionalen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand gut geholfen wurde.
2.1.17	Die Patient:innen sind der Ansicht, dass ihnen gut erläutert wird, warum sie die Ratschläge der Ärzt:in befolgen sollen.
2.1.18	Die Patient:innen fühlen sich gut darüber informiert, was sie selbst zur Heilung/Besserung Ihrer Beschwerden beitragen können (z.B. im Alltag).
2.1.19	Die Patient:innen haben den Eindruck, dass sich die Ärzt:in gut an frühere Kontakte und Gespräche erinnert.
2.1.20	Die Patient:innen sind der Ansicht, dass sie gut auf Spezialisten oder das Spital vorbereitet werden.
2.1.21	Die Patient:innen sind mit der Hilfsbereitschaft der Praxismitarbeitenden zufrieden.

Code	Indikatoren
2.1.22	Die Patient:innen sind mit der Zusammenarbeit zwischen der Ärzt:in und den andern Mitarbeitende der Praxis zufrieden.
2.1.23	Die Patient:innen sind zufrieden mit den Möglichkeiten, für sie passende Termine zu bekommen.
2.1.24	Die Patient:innen sind mit der telefonischen Erreichbarkeit der Praxis zufrieden.
2.1.25	Die Patient:innen sind mit der telefonischen Erreichbarkeit der Ärzt:in, selbst zufrieden.
2.1.26	Die Patient:innen sind mit den Wartezeiten zufrieden.
2.1.27	Die Patient:innen sind der Ansicht, bei dringenden Gesundheitsproblemen schnell Hilfe zu bekommen.
2.1.28	Die Patient:innen finden die Praxiseinrichtung angenehm und ansprechend.
2.1.29	Die Patient:innen sind mit der Sauberkeit der Praxis zufrieden.
2.1.30	Die Patient:innen würden ihren Freunden die Ärzt:in empfehlen.
2.1.31	Die Patient:innen sehen keinen Grund, die Ärzt:in zu wechseln.

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>2.2</b>	<b>Verwendung von Leitlinien für Diagnose und Behandlung</b>	
2.2.1	Die Praxis verwendet aktuell gültige Leitlinien zu Diagnose und Behandlung als Grundlage für Behandlungsentscheidungen.	<input type="checkbox"/>
2.2.1(1)	!!! Die Praxis verfügt über eine Liste der hier verwendeten Leitlinien für Diagnose und Behandlung.	<input type="checkbox"/>
2.2.1(2)	!!! Die Ärztin kann auf Nachfrage hin erläutern, welche typischen Patientenpfade aufgrund der aktuellen Leitlinien Anwendung finden.	<input type="checkbox"/>
2.2.1(3)	!!! Die Ärztin kann erläutern, in welchen Fällen die Praxis von den benutzten Leitlinien zu Diagnose und Behandlung abweicht.	<input type="checkbox"/>
2.2.1(4)	!!! Die Praxis kann nachweisen, dass bei einer Stichprobe von 20 Patient:innen die vorgeschriebenen internen Audits korrekt durchgeführt wurden. <i>Einmal pro Jahr (das erste Mal vor dem externen Erstaudit) wählt die Praxis zufällig 20 Akten von aktuell behandelten Patient:innen aus. Für diese Patient:innen führt die Praxis ein internes Audit durch. Dabei beurteilen die ärztlichen Praxis-Kollegen gegenseitig das Einhalten der fachlichen Guidelines im Sinne eines Peer-reviews. Nur in Einzelpraxen sollte die Beurteilung vom betroffenen Ärzt:in selbst durchgeführt und dokumentiert werden. In diesem Rahmen wird festgestellt, ob Abweichungen zum Vorgehen nach den Leitliniendokumenten zu Diagnose und Behandlung in den Patientendossiers vermerkt sind. Falls beim internen Audit Mängel festgestellt wurden, wird überprüft, ob diese korrigiert wurden und ob nach drei Monaten ein neues Patientendossier-Audit durchgeführt wurde.</i>	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>2.3</b>	<b>Management und Schutz von Patientendaten</b>	
2.3.1	<p><b>!!! Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept.</b></p> <p><i>Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, müssen mindestens die ersten vier Punkte mit «Ja» beantwortet werden. Das Konzept soll beinhalten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Die Nennung einer verantwortlichen Person und deren Aufgaben</li> <li>✓ Überlegungen, wie möglichst sichergestellt wird, dass in der Praxis keine Patientendaten von Dritten einsehbar sind.</li> <li>✓ Überlegungen zur Wahrung der Diskretion am Empfang</li> <li>✓ Ein Verfahren zur Einsicht in und Herausgabe von Daten an Patient:innen</li> <li>✓ Eine Beschreibung der Archivierung und Vernichtung von Daten</li> <li>✓ 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.</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie sichergestellt wird, dass Daten von Patient:innen die kein Einverständnis gegeben haben, nicht für Forschung oder Qualitätsmassnahmen benutzt werden.</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie sichergestellt wird, dass Einträge in Patientenakten nachverfolgt werden können (Zeitpunkt und Autorschaft).</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie die Weitergabe von Patientendaten an Unberechtigte (z.B. Verwandte, Arbeitgeber) verhindert wird.</li> <li>✓ Eine Beschreibung der Kanäle, die für die Weitergabe von Patientendaten benutzt werden.</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie ausgehende Antworten auf Anfragen Dritter (andere Leistungserbringer, Krankenkassen etc.) dokumentiert werden.</li> <li>✓ Eine Nennung der Verantwortlichkeiten und Beschreibung der Verfahren für die Datensicherung und deren Überprüfung (z. B. Auslesen von Backups)</li> <li>✓ Eine Nennung der Verantwortlichkeiten und Beschreibung der Verfahren für den Virenschutz der Praxiscomputer</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.3.2	<b>!!! In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar.</b> ☒	<input type="checkbox"/>
2.3.3	<p>Die Praxis stellt sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können. ☒</p> <p><i>Die Auditor:in wird hier darauf achten, ob es zumutbare Massnahmen gibt, welche die Diskretion am Empfang erhöhen könnten.</i></p>	<input type="checkbox"/>
2.3.4	<b>!!! Patient:innen können ihre Daten einsehen und erhalten.</b>	<input type="checkbox"/>
2.3.5	Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Laboruntersuchungen vorgenommen hat.	<input type="checkbox"/>
2.3.6	Das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang respektiert den Datenschutz und die Diskretion.	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
2.3.7	Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche KG-Einträge vorgenommen hat.	<input type="checkbox"/>
<b>2.4</b>	<b>Patientenmanagement</b>	
2.4.1	Es gibt ein Verfahren, wie Patient:innen über die Praxis informiert werden.  <ul style="list-style-type: none"> <li>➡ <i>Bei grossen Praxen braucht es ein schriftliches Verfahren.</i></li> <li><i>Patient:innen 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 Patient:in die Informationen vermittelt.</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.4.2	Die Praxis vergibt Termine so, dass für die Patient:innen mit unterschiedlichen Anliegen jeweils genügend Zeit eingeplant ist  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Die Praxis sollte Anliegen oder Patient:innen (z.B. Notfalltermine, Termine für Chroniker:innen, Patient:innen mit physischen / psychischen Einschränkungen) kategorisieren.</i></li> <li>➡ <i>Bei kleinen Praxen reichen Markierungen auf einzelnen KG, bei grossen Praxen ist eine schriftliche Vorgabe nötig.</i></li> <li>✓ <i>Die Praxis sollte Termine anhand dieser Kategorien vergeben.</i></li> <li>➡ <i>Bei kleinen Praxen reichen Slots für Termine, die am selben Tag vergeben werden.</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
2.4.3	Die Praxis hat für die Telefontriage Kriterien definiert, bei denen eine Patient:in sofort einbestellt oder beim Notfall gemeldet werden muss.	<input type="checkbox"/>
2.4.4	MPA haben eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage. ☒	<input type="checkbox"/>
2.4.5	Patient:innen, welche das Personal nicht persönlich kennt, werden am Empfang eindeutig identifiziert.  <i>Für eine eindeutige Identifikation müssen zumindest Name, Vorname und Geburtsdatum abgefragt werden. Diese Angaben müssen mit der KG / Agenda überprüft werden.</i>	<input type="checkbox"/>
2.4.6	Das Team hat ein Verfahren zur Wahrung der Würde der Patient:innen bei körperlichen Untersuchungen. Es enthält z.B. Angaben darüber, wie bei bestimmten Untersuchungen (z. B. Ergometrie) sichergestellt wird, dass Patient:innen über den Ablauf aufgeklärt werden, ihr Einverständnis eingeholt wird, die Untersuchung in einem geschützten Rahmen stattfindet etc.	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
2.4.7	Die Praxis hat Regeln zur Kommunikation von Untersuchungsergebnissen an Patient:innen. <i>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.</i>	<input type="checkbox"/>
2.4.8	Die Praxis hat eine Regelung, wie bei der Behandlung von fremdsprachigen Patient:innen vorzugehen ist.  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Die Praxis hat geklärt, in welchen Fällen Freunde oder Familienangehörige nicht mit Übersetzungsdiensten betraut werden.</i></li> <li>✓ <i>Teammitglieder wissen voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können.</i></li> <li>✓ <i>Die Praxis hat Kriterien, die klären, in welchen Fällen professionelle Dolmetscherdienste herangezogen werden.</i></li> </ul> <i>Idealerweise würden sämtliche Dolmetscherdienste 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:in zurückgreifen will.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>2.5</b>	<b>Prävention und Gesundheitsförderung</b>	
2.5.1	Die Praxis hat ein Verfahren, wie Patient:innen über Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen informiert werden. <i>Die Praxis entscheidet, wann sie welche Patient:innen zu welchen Untersuchungen informiert.</i>	<input type="checkbox"/>
2.5.2	Alle KG enthalten anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen. <i>Die Nachfrage sollte auch dokumentiert sein, wenn keine Allergien etc. bekannt sind.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6</b>	<b>Kontinuität</b>	
2.6.1	Die Praxis / die Ärzt:in hat ein Verfahren zur Anamnese neuer, die Praxis regelmässig aufsuchender und / oder dauermedizierter Patient:innen.  <ul style="list-style-type: none"> <li>➡ <i>Bei grossen Praxen braucht es eine schriftliche Checkliste oder gemeinsame Eingabemaske.</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>



Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
2.6.2	Die Praxis fördert die Kontinuität der Behandlung mit einer Medizinalperson der Praxis. <i>Patient:innen, 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.</i>	<input type="checkbox"/>
2.6.3	Die Ärzt:in erarbeitet mit chronisch kranken Patient:innen Strategien und Pläne, die ihnen helfen, im Alltag und in schwierigen Situationen bestmöglich mit ihrer Krankheit umzugehen. <i>z. B. Aktionspläne für Asthmatiker:innen, COPD-Patient:innen, Herzinsuffizienz-Patient:innen, Hypogefahr bei Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>
2.6.4	Die Praxis hat ein Verfahren zur Wiedereinbestellung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>
2.6.5	Die Praxis hat ein Verfahren im Umgang mit Dauermedikamenten. <i>Das Verfahren muss die Visierung der Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente sowie die mindestens jährliche Überprüfung der Indikation gewährleisten.</i>	<input type="checkbox"/>
2.6.6	<b>!!! Die Praxis hat eine Vorlage für Medikamentenpläne und regelt deren Herausgabe.</b>	<input type="checkbox"/>
2.6.7	Alle KGs enthalten eine Diagnose- oder Problemliste. Darin sind auch relevante externe Befunde vermerkt.	<input type="checkbox"/>
2.6.8	Die Praxis fördert das Selbstmanagement der Patient:innen. <i>Die Ärzt:in bzw. das Team setzt Massnahmen zur Förderung des Selbstmanagements der Patient:innen um und stellt sicher, dass diese Massnahmen aktueller Evidenz und Best Practice entsprechen.</i>	<input type="checkbox"/>

### Team

Code	Dimension & Indikatoren
<b>3.1</b>	<b>Sicherheitskultur</b>
3.1.1	Die Leistung der Mitarbeitenden ist nicht durch eine übermässige Arbeitsbelastung beeinträchtigt.
3.1.2	Die Mitarbeitenden haben immer genug Zeit, um die Arbeitsaufgaben sicher zu erledigen.
3.1.3	Die Personalanzahl in der Praxis ist ausreichend, um das Arbeitspensum sicher zu bewältigen.
3.1.4	Auch wenn der Zeitdruck steigt, wird von den Mitarbeitenden nicht erwartet, dass sie schneller arbeiten, selbst wenn die Genauigkeit leidet.

Code	Dimension & Indikatoren
3.1.5	Mitarbeitende fühlen sich frei, Entscheidungen von Autoritätspersonen zu hinterfragen.
3.1.6	Mitarbeitende können Bedenken zur Arbeitsweise in der Praxis problemlos mit Vorgesetzten besprechen.
3.1.7	In der Praxis besteht eine offene Kommunikation zwischen Mitarbeitenden, egal in welcher Position sie tätig sind.
3.1.8	Die Mitarbeitenden werden über Entwicklungen in der Praxis informiert.
3.1.9	Die Praxisleitung kommuniziert langfristige Pläne zur Entwicklung der Praxis.
3.1.10	Die Hierarchie innerhalb der Praxis verhindert nicht ein effektives Arbeiten.
3.1.11	Wer ein kritisches Ereignis anspricht, muss wahrscheinlich nicht mit negativen Konsequenzen rechnen.
3.1.12	Die Praxisführung kümmert sich effektiv um problematische Mitarbeitende.
3.1.13	Wenn Mitarbeitende Verbesserungen von Abläufen vorschlagen, werden diese von der Praxisführung ernstgenommen.
3.1.14	Es besteht Vertrauen zwischen den Mitarbeitenden.
3.1.15	Die Mitarbeitenden beachten Regeln, Protokolle und Abläufe.
3.1.16	Die Mitarbeitenden behandeln sich untereinander mit Respekt.
3.1.17	Die Mitarbeitenden unterstützen sich immer gegenseitig.
3.1.18	Unstimmigkeiten im Praxisteam werden angemessen gelöst.
3.1.19	Die Mitarbeitenden aller Positionen in der Praxis arbeiten gut zusammen.
3.1.20	Die Praxis ist ein guter Arbeitsplatz.
3.1.21	Die Mitarbeitenden sind mit ihrer Arbeit im Allgemeinen zufrieden.
3.1.22	Eine gute Teamarbeit wird von der Praxisleitung gefördert und als notwendig erachtet.
3.1.23	Alle Mitarbeitenden werden ermutigt, kritische Ereignisse, die in der Praxis auftreten, anzusprechen.
3.1.24	Abläufe tragen dazu bei, kritische Ereignisse zu verhindern.
3.1.25	Bei der Entwicklung von Abläufen werden die Meinungen aller betroffenen Mitarbeitenden einbezogen.
3.1.26	Die Praxis nimmt sich Zeit, bei Änderungen von Abläufen vorab Risiken für Patient:innen, für Mitarbeitende und für die Praxis einzuschätzen.
3.1.27	Alle betroffenen Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, sich an der Analyse kritischer Ereignissen zu beteiligen.

Code	Dimension & Indikatoren
3.1.28	Die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung wird in der Praxis ernst genommen.
3.1.29	Die Praxis unterstützt die kontinuierliche Weiterqualifizierung aller Mitarbeitenden.
3.1.30	Die Praxis ermutigt zum Lernen aus Ideen und konstruktiver Kritik der Mitarbeitenden aller Positionen.

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>3.2</b>	<b>Personalmanagement</b>	
3.2.1	Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen / Zertifikaten überprüft.	<input type="checkbox"/>
3.2.2	Alle Mitarbeitende haben eine Stellenbeschreibung.	<input type="checkbox"/>
3.2.3	Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt. <i>Zum Personalgespräch sollte ein schriftlicher Bericht vorhanden sein. Im Personalgespräch sollte das Thema Fortbildung thematisiert werden.</i>	<input type="checkbox"/>
3.2.4	Die Praxis fördert den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team. <i>z.B. im Rahmen von Team-Events</i>	<input type="checkbox"/>
3.2.5	Die Praxis verfügt über ein Vorgehen zur Verhinderung von Mobbing und Diskriminierung.	<input type="checkbox"/>
3.2.6	Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer MPAs in die Arbeitsgebiete. <i>Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.</i>	<input type="checkbox"/>
3.2.7	Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärzt:innen in ihre Arbeitsgebiete. <i>Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.</i>	<input type="checkbox"/>
3.2.8	Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung weiteren medizinischen Personals (ausser Ärzt:innen und MPAs). <i>Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.</i>	<input type="checkbox"/>
3.2.9	Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften. <i>Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.</i>	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>3.3</b>	<b>Aus- und Weiterbildung</b>	
3.3.1	Die Praxis engagiert sich für Ausbildung und / oder Lehre. <i>Etwa in der Ausbildung, Organisation von Weiterbildungen für internes oder externes Personal</i>	<input type="checkbox"/>
3.3.2	Das medizinische Personal der Praxis nimmt an professionell moderierten Qualitätszirkeln teil. <i>Ein schriftlicher Nachweis ist nötig.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4</b>	<b>Professioneller Austausch</b>	
3.4.1	Das Team bespricht die Behandlung einzelner Patient:innen in besonders komplexen Lagen. <i>z. B. polymorbide Patient:innen in besonders schwierigen sozialen Lagen, Patient:innen, 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.</i>	<input type="checkbox"/>
3.4.2	Das Team bespricht den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken. <i>z. B. Umgang mit Patient:innen mit bestimmten chronischen Krankheiten, Patient:innen mit physischen oder psychischen Einschränkungen, in sozial schwierigen Lagen, im Asylprozess, im Heim, fordernde Patient:innen etc. Die Praxis sucht die Gruppen nach eigenen Kriterien aus.</i>	<input type="checkbox"/>
3.4.3	<b>!!! Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch.</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eine Traktandenliste muss vorab festgelegt sein.</li> <li>✓ Die Sitzungen werden protokolliert (Nachweis).</li> <li>✓ Die Sitzungen finden regelmässig statt.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

#### Koordination mit Externen

Code	Dimension & Indikatoren
<b>4.1</b>	<b>Qualität aus Sicht der Zuweisenden</b>
4.1.1	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis sind gut erreichbar.
4.1.2	Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass ihre Patient:innen in dringenden Fällen einen Termin innerhalb des gewünschten Zeitfensters erhalten.
4.1.3	Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass ihre Patient:innen in der Regel zufrieden sind mit der Art und Weise, wie mit ihnen in der Spezialarztpraxis kommuniziert wurde.
4.1.4	Die Zuweisenden sind zufrieden mit der Zustellungsfrist der Arztberichte.
4.1.5	Die Arztberichte beantworten die Fragen, die zur Überweisung an den Spezialärzt:in geführt haben.

Code	Dimension & Indikatoren
4.1.6	Die Arztberichte sind verständlich und übersichtlich.
4.1.7	Die Arztberichte sind klinisch gut verwertbar.
4.1.8	Die Arztberichte enthalten Empfehlungen zur weiteren Behandlung.
4.1.9	Die Mitarbeitenden der Praxis kooperieren gut bei der Versorgung von Patient:innen.
4.1.10	Die Ärzt:innen der Spezialarztpraxis arbeiten eng mit Fachkolleg:innen oder anderen Fachpersonen innerhalb oder ausserhalb ihrer Praxis zusammen.
4.1.11	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis gehen effizient mit den Ressourcen für die Gesundheitsversorgung um (z.B. in Bezug auf aufwändige diagnostische oder therapeutische Massnahmen).
4.1.12	Die Zuweisenden schätzen die Zusammenarbeit mit der Spezialarztpraxis.
4.1.13	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis sorgen dafür, dass immer klar ist, wer für die weitere Versorgung einer Patient:in verantwortlich ist.
4.1.14	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis beantworten meine diagnostische oder therapeutische Fragestellung adäquat.
4.1.15	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis führen die Untersuchungen und die Behandlung kompetent durch.
4.1.16	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis sind fachlich auf dem neuesten Stand.
4.1.17	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis kennen die Grenzen ihrer Kompetenzen und Möglichkeiten.
4.1.18	Die Mitarbeitenden der Spezialarztpraxis informieren mich, wenn eine an sie gerichtete Überweisungsanfrage ausserhalb ihres Kompetenzbereichs liegt.

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>4.2</b>	<b>Überweisungen und Aufträge</b>	
4.2.1	Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis ihrer Preferred Provider. <i>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.</i>	<input type="checkbox"/>
4.2.2	Informationen, die zur Fortführung der Behandlung notwendig sind, werden rechtzeitig, vollständig und gut leserlich an Mit- oder Weiterbehandelnde übermittelt. <i>Alle Elemente einer KG müssen zeitnah versandt werden können. Rezepte und Medikamentenpläne sollen elektronisch erstellt werden.</i>	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
4.2.3	Die Praxis fördert die einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Überweisungen. <i>Es werden z. B. Strukturen und Elemente von Aufträgen besprochen oder es gibt Vorlagen. ➔ nicht relevant in Einzelpraxen</i>	<input type="checkbox"/>
4.2.4	Es gibt ein Verfahren für den Fall, dass die Patient:in die Ärzt:in inner- oder ausserhalb der Praxis wechseln möchte oder für den Fall, dass die Praxis eine Patient:in nicht mehr behandeln möchte. <i>Das Verfahren sollte gewährleisten, dass:</i> ✓ <i>die KG vollständig an die Patientin, an den Patienten herausgegeben wird.</i> ✓ <i>dass Vor- und Nachbehandelnder Arzt nur bei Einverständnis des Patienten miteinander kommunizieren und dass der Patient über sämtliche Kommunikation zwischen Vor- und Nachbehandelnden informiert wird.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>4.3</b>	<b>Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden</b>	
4.3.1	Die Praxis verfolgt Untersuchungsaufträge nach.	<input type="checkbox"/>
4.3.2	<b>!!! Die Praxis stellt sicher, dass eingehende Untersuchungsergebnisse rechtzeitig durch eine Ärzt:in gesichtet werden.</b> ✓ <i>Dazu braucht es Kriterien, anhand derer die Dringlichkeit einer Sichtung geregelt wird.</i> ✓ <i>Die Sichtung muss mit Visum oder elektronischem Marker dokumentiert werden.</i> ✓ <i>Die Sichtung muss auch bei Abwesenheit der behandelnden Ärzt:in sichergestellt sein (Stellvertreter-Regelung).</i>	<input type="checkbox"/>
4.3.3	Die Praxis dokumentiert welche Massnahmen (z. B. Wiedereinbestellung) aufgrund eingegangener Ergebnisse getroffen wurden.	<input type="checkbox"/>
<b>4.4</b>	<b>Austausch mit Mitbehandelnden</b>	
4.4.1	Die Praxis trifft sich mit lokalen Leistungserbringern oder Preferred Providern.	<input type="checkbox"/>
4.4.2	Die Praxis dokumentiert Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder.	<input type="checkbox"/>

Qualität und Sicherheit

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>5.1</b>	<b>Hygiene und Arbeitssicherheit</b>	
5.1.1	<p>Die Praxis verfügt über ein schriftliches Konzept zu Hygiene und Arbeitssicherheit.</p> <p><i>Das Konzept soll beinhalten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ein Verfahren zur Reinigung der Oberflächen, Fussböden, Sanitäreinrichtungen und Untersuchungsflächen</li> <li>✓ eine Beschreibung der Handhygiene</li> <li>✓ eine Beschreibung der Aufbewahrung und des Gebrauchs steriler Instrumente</li> <li>✓ ein Verfahren zur Entsorgung scharfer Gegenstände</li> <li>✓ eine Beschreibung, wie die Sterilisation vor Ort oder extern gehandhabt wird</li> <li>✓ eine Beschreibung, wie allen Mitarbeitenden eine Hepatitis-B Impfung angeboten und ihr Impfstatus erhoben wird</li> <li>✓ ein Verfahren, wie im Fall einer Nadelstichverletzung vorzugehen ist</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
5.1.2	<p>!!! Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden. ☑</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ In allen Behandlungsräumen und Toiletten hat es Desinfektionsmittel.</li> <li>✓ Auf den Toiletten hat es hygienische Vorrichtungen zum Trocknen der Hände.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
5.1.3	<p>!!! Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss. ☑</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Wo infektiöses Material anfällt oder mit scharfen Gegenständen gearbeitet wird, gibt es geeignete Behälter zur Entsorgung.</li> <li>✓ Sonderabfälle werden separat entsorgt.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>5.2</b>	<b>Management kritischer Ereignisse</b>	
5.2.1	<p>Die Praxis hat ein Verfahren, das es Patient:innen ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen.</p> <p><i>Das kann ein Hinweis auf der Webseite, eine E-Mail-Adresse, ein Briefkasten oder ein Hinweis im Patientengespräch sein.</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.2.2	<p>Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Beschwerden von Patient:innen und anderen Leistungserbringern.</p> <p><i>Beschwerden werden dokumentiert und besprochen (Nachweis). Es werden Massnahmen abgeleitet.</i></p>	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
5.2.3	<p>!!! Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen.</p> <p><i>Kritische Ereignisse (=Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Patient:innen) werden dokumentiert, zeitnah und interprofessionell besprochen (Nachweis). Es werden Massnahmen abgeleitet. Ein Verfahren zur Kommunikation mit Patien:tinnen im Fall kritischer Ereignisse ist wünschenswert.</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.2.4	Die Praxis weist Patient:innen auf die EQUAM Ombudsärzt:innen hin.	<input type="checkbox"/>
<b>5.3</b>	<b>Notfallmanagement</b>	
5.3.1	<p>!!! Die Praxis hat ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle.</p> <p><i>Beispielsweise ein Merkblatt, welches das Vorgehen klärt und wichtige Telefonnummern aufweist.</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.3.2	<p>!!! Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis haben im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen.</p> <p><i>Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig, z. B. als Teilnahmebestätigung, Zertifikat etc.</i></p> <p><i>Mindestens alle 12 Monate findet eine Schulung des Praxispersonals zu medizinischen Notfällen statt. Die jährliche Schulung kann durch eine interne Ärzt:in durchgeführt werden, sofern diese einen Nachweis für eine Fortbildung zum Thema medizinische Notfälle innerhalb der letzten 3 Jahre hat. Mindestens alle 3 Jahre wird die Schulung des Praxispersonals durch einen externen Experten durchgeführt.</i></p>	<input type="checkbox"/>
<b>5.4</b>	<b>Qualitätsentwicklung und -politik</b>	
5.4.1	<p>Die Praxis hat eine:n Qualitätsverantwortliche:n.</p> <p>☞ <i>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.</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.4.2	<p>Die Praxis hat ein Verfahren, wie alle Mitarbeitenden bezüglich Neuerungen in qualitäts- und sicherheitsrelevanten Abläufen informiert werden.</p> <p>☞ <i>nur für grosse Praxen relevant</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.4.3	<p>Die Praxis trifft Massnahmen, die helfen, die Implementierung qualitäts- und sicherheitsrelevanter Regeln im Team zu gewährleisten.</p> <p>☞ <i>nur für grosse Praxen relevant</i></p>	<input type="checkbox"/>



## 5. 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, MPAs, Vertreter einer Patientenorganisation sowie einer 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. In Anlehnung an die Zertifizierungsprogramme in Dänemark (IKAS-Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare, 2014) wurden neu Indikatoren zu Guidelines des spezifischen Fachgebietes und deren Umsetzung integriert.

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 (Jossen et. al 2019). Sie wurde von der im oberen Abschnitt erwähnten Arbeitsgruppe begutachtet und für die Spezialarztpraxis angepasst.

EQUAM Programme werden mindestens alle 5 Jahre einer Revision unterzogen. Redaktionelle Anpassungen werden in der Regel einmal pro Jahr eingepflegt. Die vorliegende Version 1 ist bis November 2023 gültig.

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



## 6. 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. *Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP Instrument*. EUROPEP Group, 2000.

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

Jossen, M., Valeri F., Heilmaier C., Schwappach D. *Referring Physicians Assess the Quality of Outpatient Diagnostic Imaging Services: Development and Psychometric Evaluation of a Questionnaire*. *Fortschr Röntgenstr* 2019; DOI 10.1055/a0805-1158

Jossen, M., Valeri F., Heilmaier C., Schwappach D. *Assessment of the safety climate in outpatient diagnostic services: Development and psychometric evaluation of a questionnaire*. *European Radiology* 2018 <https://link.springer.com/article/10.1007/s00330-018-5646-1>

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

Levitt, C. A. and Hilt 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.

## 7. Änderungskontrolle

Die detaillierten Änderungsprotokolle finden Sie auf unserer Webseite unter:  
[www.equam.ch/downloads](http://www.equam.ch/downloads).

Version	Überarbeitung	Ersteller:in	Datum
V1 EPA	Bis 2018: Verwendung der Tools des Europäischen Praxis-Assessments (EPA) in Kooperation mit dem AQUA Institut in Deutschland	EQUAM, SwissPep (Schweiz)	2011 -18
1	Erarbeitung und Kontrolle der Schweizer Version, nach Genehmigung der Fachgruppe und durch den Stiftungsratsausschuss am 23.11.2018	M. Hošek	23.11.2108
1	Redaktionelle Anpassungen	M. Hošek	29.04.2019
1.1	Strukturelle Anpassung: Nummerierung der Indikatoren, Indikatoren als Checkliste, Programmbe-schrieb separat; Präzisierungen redaktionell; u.a. anstatt Notfall-Koffer, neu Notfallset, da nicht alle Praxen Notfalldienst leisten.	I. Krüttli, J. Lehmann	28.01.2020
1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Entweder die Patientenbefragung oder die Zu-weisendenbefragung ist neu wieder verpflichtend. Die Mitarbeitendenbefragung ist zusätz-lich für grössere Praxen durchführbar.</li> <li>— Redaktionelle Anpassungen/Erläuterungen zum Voraudit und Dokumentenaudit</li> <li>— Ergänzung und Anpassung zur Schweigepflicht der Auditor:innen und Information der Pati-ent:innen</li> </ul>	J. Lehmann	09.06.2020
1.2.1	Präzisierung zu Indikator 5.3.2	J. Lehmann	02.09.2020
1.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neuer Anhang: Anleitung Internes Audit</li> <li>- Befragungen sind neu auch digital möglich</li> <li>- Redaktionelle Anpassungen</li> </ul>	J. Lehmann	01.04.2021

## Anhang: Anleitung Internes Audit und Review-Liste

Als Teil des Qualitätsmanagements im Rahmen einer EQUAM Zertifizierung ist ein internes (= auf sich selbst bezogenes) Audit der teilnehmenden Spezialarztpraxen vorgesehen. Ein erstes internes Audit muss vor dem Besuch des EQUAM-Auditors stattfinden.

Im Sinne eines sich gegenseitig unterstützenden Peer-Reviews überprüfen und evaluieren dazu ärztliche Praxis-Kolleg:innen gegenseitig das Einhalten der fachlichen Guidelines, beziehungsweise die Begründung und Dokumentation in Fällen, in denen bewusst von den Guidelines abgewichen wird.

In Einzelpraxen (und nur dort) sollte die Evaluation von der betroffenen Ärzt:in selbst für die Dossiers der eigenen Patient:innen auf eine strukturiert-selbstkritische Art ebenso nach diesen Schritten durchgeführt und dokumentiert werden.

### Schritt-für-Schritt Anleitung (Vorschlag)<sup>2</sup>:

- 20 Krankengeschichten von aktuell behandelten Patient:innen werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, proportional zur Anzahl Patient:innen, welche jede Ärzt:in sieht.** Alle Fachärzt:innen der Praxis müssen angemessen in der Auswahl sein. Am besten wird ein Datum 6 Monate vor dem aktuellen Tag identifiziert. Danach werden die Patient:innen ausgewählt, beispielsweise jede 15. Patient:in (nach Konsultationszeit/Datum). Um eine zufällige Stichprobe zu gewährleisten, sollten dabei keine Patient:innen übersprungen werden.
- Für jede der ausgewählten Krankengeschichte wird die Anamnese, Diagnose und ggf. der klinische Verlauf gesichtet;** der interne Reviewer notiert 2-3 Stichworte zur Frage der zuweisenden Ärzt:in oder zur medizinischen Problemstellung sowie welche klinischen Guidelines zur Anwendung kamen resp. kommen sollten.
- Anschliessend wird das dokumentierte Patientenmanagement mit den Empfehlungen der entsprechenden Guideline verglichen.**
- Für jede KG wird notiert:**
  - Basiert/e das Patientenmanagement im Bereich der fachlichen Hauptdiagnose auf evidenz-basierten Guidelines ihres Faches oder nicht? Auf welcher?
  - Falls nicht: Wurden Abweichungen von allgemein anerkannten (ggf. auch internen) Leitlinien kurz schriftlich begründet?
  - Erscheint diese Begründung retrospektiv und auch aus fachlicher Peer-Sicht angemessen, oder müsste das Vorgehen ggf. kritisch überdacht werden?

---

<sup>2</sup> Das interne Audit kann auch auf eine andere Weise vorgenommen werden, solange eine Zufallsauswahl erfolgt und die Vorgehensweise der Auditor:in erklärt und nachvollzogen werden kann.

5. **Die Resultate des Reviews werden unter den ärztlichen Kolleg:innen partnerschaftlich und selbstkritisch diskutiert.** Die Resultate der Diskussion werden stichwortartig beim jeweiligen Eintrag auf der Liste der Krankengeschichten notiert.
6. **Allgemeine Erkenntnisse aus dem Prozess und mögliche gemeinsame oder individuelle Verbesserungsmassnahmen werden in einem knappen Bericht (< 1 Seite oder in einer Tabelle) festgehalten.**
7. **Damit die ärztliche Auditor:in der EQUAM Stiftung sich ein Bild machen kann, sollte anschliessend eine (pseudonymisierte) Liste der zufällig ausgewählten Krankengeschichten der Auditor:in zugestellt werden** mit den Informationen gemäss der untenstehenden Liste. Die Liste sollte der Auditor:in spätestens zwei Wochen vor dem Auditbesuch erhalten.
8. Die Auditor:in wird sich ggf. melden, um für einzelne Fälle zusätzliche, vollständig anonymisierte Dokumentation zu erbeten (Operationsberichte und ggf. die Berichte an die Zuweiser)

**Die Liste der 20 KGs, welche der ärztlichen Auditor:in zugestellt werden, sollte folgende Angaben enthalten (z.B. als Tabelle in Excel- oder Word-Format):**

- Bei mehreren Ärzt:innen: Initialen der Ärzt:in
- Interne KG-Nummer/ Patientenummer
- Handelt es sich um eine Zuweisung/Konsilium? (JA/NEIN)
- Initialen der Patient:in (keine Namen!)
- Geschlecht
- Geburtsjahr
- 2-3 Stichworte zur Frage des zuweisenden Ärzt:in zur medizinischen Problemstellung
- Interne Beurteilung bezüglich der Einhaltung der Leitlinien
- Bei operativen/invasiv tätigen Facharztpraxen: Hauptdiagnose und gewählte Vorgehensweise/Operation, wenn möglich mit Angabe der dazu zu Grunde liegenden Guideline.