

# Spezialarztpraxis – Zertifizierte Qualität

Programmbeschreibung

Aktualisiert im August 2022

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Der Zertifizierungsablauf.....	4
3. Die EQUAM Indikatoren .....	8
4. Die Mindestkriterien .....	9
5. Die Befragungen .....	10
6. Programmentwicklung und Literatur .....	11
Anhang: Anleitung Internes Audit und Review-Liste .....	14

## 1. Einleitung

Die ambulante medizinische Versorgung spielt eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem. Fachärzt:innen und MPAs behandeln und betreuen mit grossem Wissensschatz und Menschenkenntnis ihre Patient:innen. Im Rahmen guter organisatorischer und medizinischer Strukturen und Prozesse kommen die Fähigkeiten der Gesundheitsprofis optimal zum Tragen. Diese unterstützt das EQUAM Zertifizierungsprogramm für Spezialarztpraxen.

Befragungen, Dokumentensichtungen und der Praxisbesuch einer Auditor:in geben der Praxis Anhaltspunkte und eine Standortbestimmung zum Qualitätsmanagement und helfen bei der Auswahl von Verbesserungsmaßnahmen.

Die EQUAM Qualitätsindikatoren decken nicht das gesamte Qualitätsmanagement in einer Spezialarztpraxis ab. Die Absicht der Entwicklungsgruppe war es, einen soliden Grundstein für das Qualitätsmanagement zu legen.

Gesetzliche Vorgaben sind im Allgemeinen nicht Teil der EQUAM Zertifizierungen. Angesichts der Heterogenität im kantonale organisierten Gesundheitswesen kann es allerdings vorkommen, dass einzelne solche Vorgaben im Rahmen des Programms kontrolliert werden.

Zum Erhalt der EQUAM-Zertifizierung müssen fünf Kriterien erfüllt sein:

- 1. Vorbereitend auf das Audit, sowie jährlich danach, führt die Praxis ein internes Audit zur Qualitätsverbesserung durch.**
- 2. Die Praxis erfüllt alle EQUAM-Mindestkriterien<sup>1</sup>.**
- 3. Die Praxis erzielt einen Gesamtscore von mindestens 50% der möglichen Punkte<sup>2</sup>.**
- 4. Die Praxis definiert mindestens drei Qualitätsverbesserungsmaßnahmen.**
- 5. Im Jahr nach der Zertifizierung reicht die Praxis einen kurzen Zwischenbericht ein und definiert zwei weitere Qualitätsmassnahmen.**

---

<sup>1</sup> Mindestkriterien: Siehe Seite 9.

<sup>2</sup> Indikatoren: Siehe Seite 8. Die Indikatoren tragen wie folgt zum Gesamtscore bei:  
Voll erfüllt = 1 Punkt (100%); teilweise erfüllt = 0.5 Punkte (50%); Nicht erfüllt = 0 Punkte (0%)

## 2. Der Zertifizierungsablauf

Der erste Schritt zur Zertifizierung ist die Anmeldung über das EQUAM Anmeldeformular. Die Praxis macht dabei Angaben zur Praxisgrösse und zur Wahl der Patientenbefragung (siehe Seite 10). Nach Erhalt dieser Informationen schickt EQUAM der Praxis einen Vertrag und eine Zusammenstellung der Kosten über drei Jahre.

Nach der Unterzeichnung des Vertrags beginnt der Prozess der Zertifizierung. EQUAM empfiehlt jeder Praxis, eine projektverantwortliche Person zu bestimmen, einerseits als Kontaktperson für organisatorischen Fragen und andererseits zur Koordination der Verantwortlichkeiten im Team.

Die EQUAM Kundenbetreuung informiert die Praxis per E-Mail über alle weiteren Aufgaben und führt Sie schrittweise durch den Prozess. Zu Beginn teilt EQUAM der Praxis eine Auditor:in zu und stellt Ihnen die Angaben für den Zugang zum Online-Portal zur Verfügung.

Abbildung 1: Der 3-jährige Zertifizierungszyklus in der Übersicht



## **Befragung**

Die Durchführung einer Befragung ist für alle teilnehmenden Ärzt:innen obligatorisch und es ist in der Regel der erste Schritt des Zertifizierungsprozesses. Zur Auswahl stehen eine Patientenbefragung oder eine Zuweisendenbefragung. Bei der Patientenbefragung beantworten Patient:innen einen Fragebogen im Wartezimmer, bevor sie die Ärzt:in sehen. Die Befragung kann entweder auf Papier oder digital auf einem Tablet durchgeführt werden. Die Materialien werden von EQUAM geliefert und die Auswertung wird durch EQUAM vorgenommen. Die Zuweisendenbefragung erfasst die Qualität aus der Perspektive der Zuweisenden.

Optional bietet die EQUAM Stiftung Praxen ab 10 Mitarbeitenden eine kostenlose Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur in der Praxis an. Die Ergebnisse der Befragung zeigen auf wie es um die Sicherheitskultur steht und wie diese weiterentwickelt werden kann. Mehr Informationen zu den Befragungen finden auf Seite 10.

## **Selbstauskunft**

Nach der Aufforderung durch die Kundenbetreuung beantwortet die Praxis im Online-Portal einen kurzen Fragebogen zur Erfüllung der Mindestkriterien. Danach meldet sich die Auditor:in, um einen Termin für den Praxisbesuch zu vereinbaren.

## **Dokumente hochladen**

Spätestens 6 Wochen vor dem Auditbesuch (nach der entsprechenden Aufforderung) sollten im Online-Portal die benötigten Dokumente hochgeladen werden. Dabei werden auch Angaben erfragt, inwiefern diese Dokumente die EQUAM-Kriterien erfüllen. Folgende Dokumente werden verlangt:

- Link zur Website oder Broschüre der Praxis
- Datenschutzkonzept, welches die Mindestkriterien erfüllt
- Konzept zur Hygiene und Arbeitssicherheit
- Sofern eine Kontrolle des Kantonsapothekers in den letzten zwölf Monaten erfolgt oder geplant ist: Nachweis der Kontrolle oder Ankündigung derselben. (Dies dient nur als Information für die EQUAM und muss nicht vorhanden sein.)

Die EQUAM Stiftung macht keine Vorschriften zur Strukturierung der Dokumente.

## **Internes Audit**

Als Teil ihres Qualitätsmanagements müssen die Praxen zum Erhalt der EQUAM Zertifizierung jährlich ein internes Audits durchführen. Dabei sollen sich ärztliche Praxis-Kolleg:innen in Form eines Peer-Reviews gegenseitig auditieren. Der Fokus liegt bei der Einhaltung von fachlichen Guidelines bzw. der nachvollziehbaren Dokumentation und Begründung, wenn

davon abgewichen wird. Ein erstes internes Audit muss vor dem Besuch der EQUAM-Auditor:in stattfinden. Weitere Informationen sind im Anhang auf S. 14 zu finden.

### **Praxisbesuch**

Das Audit ist ein begleiteter Rundgang der Auditor:in durch die Praxis. Ein Ablaufplan dazu wird der Praxis vorzeitig geschickt. Verschiedene Indikatoren zum Qualitätsmanagement werden im Gespräch mit der jeweils verantwortlichen Person diskutiert und evaluiert (Ärzt:in, MPA, HR- und / oder Qualitätsverantwortliche:r); zudem werden ausgewählte Dokumente besprochen.

### **Feedbackrunde**

Die Feedbackrunde bildet den Abschluss des Praxisbesuchs. Die Leitung der Praxis sollte anwesend sein. Weitere Mitarbeitende können eingeladen werden. Die Auditor:in gibt Rückmeldungen zu Beobachtungen und – falls bereits vorhanden – zu den Befragungsauswertungen. Gemeinsam werden Qualitätsverbesserungsmassnahmen und Ziele diskutiert.

### **Auditbericht**

Im Anschluss an das Audit erstellt die Auditor:in einen Bericht und macht Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung.

### **Definition von Qualitätsmassnahmen**

Nach dem Erhalt des Auditberichts definiert die Praxis mindestens drei Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Die Auditor:in beurteilt vor dem Antrag zur Zertifikatserteilung, ob die vorgeschlagenen Massnahmen angemessen sind. Die EQUAM Stiftung kann weitergehende Verbesserungen verlangen.

### **Zertifizierung**

Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Praxis zertifiziert. Der formelle Zertifizierungsentscheid erfolgt aufgrund der Empfehlung der Auditor:in durch den Zertifizierungsausschuss oder einer vom Ausschuss delegierten Fachperson.

### **Zwischenbericht** und Definition von neuen Qualitätsmassnahmen

Im Jahr nach der Zertifizierung bittet EQUAM die Praxis, einen kurzen Zwischenbericht zu den definierten Qualitätsmassnahmen zu liefern. In wenigen Zeilen wird darin erläutert, wie die Massnahmen umgesetzt und inwiefern die Ziele erreicht wurden.

Ausserdem definiert die Praxis mindestens zwei weitere Qualitätsverbesserungsmassnahmen.

### **Anmeldung zur Re-Zertifizierung**

In der zweiten Hälfte der dreijährigen Laufzeit des Zertifikats entscheidet die Praxis, ob sie sich re-zertifizieren lassen möchte. Nach der entsprechenden Einladung durch EQUAM kann sie sich für einen neuen Zyklus anmelden.

#### **Wichtige Hinweise**

Stellt die Auditor:in beim Praxisbesuch wider Erwarten fest, dass ein **Mindestkriterium nicht erfüllt ist**, muss dieses innert einer gesetzten Frist erfüllt und nachgewiesen werden. Ansonsten kann kein Zertifikat vergeben werden. Die Mindestkriterien müssen danach während der gesamten Zeitdauer der 3-jährigen Gültigkeit erfüllt bleiben. Ist bei einer Re-Zertifizierung ein Mindestkriterium nicht erfüllt, entscheidet der EQUAM Zertifizierungsausschuss über eine Suspendierung. Ein erneutes Audit ist in diesem Fall erst nach 6 Monaten möglich.

**Datenschutz:** Die Auditor:in nimmt im Rahmen des Audits möglicherweise 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 hinaus gilt.

### 3. Die EQUAM Indikatoren

Die EQUAM-Indikatoren (auch *Standards* genannt) sind eine Checkliste, anhand derer das Qualitätsmanagement der Praxis evaluiert wird. Die Indikatoren für die Spezialarztpraxen sind nach fünf Dimensionen, mit einer Anzahl weiterer Sub-Dimensionen, aufgeteilt.

Die detaillierte Liste der jeweils aktuellen Indikatoren findet sich in einem separaten Dokument, welches unter [www.equam.ch/downloads/](http://www.equam.ch/downloads/) kostenlos zugänglich ist.

Tabelle 1: Dimensionen der EQUAM-Standards

Dimension	Sub-Dimension	Anzahl Indikatoren
Infrastruktur	Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten	5
	Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente	6
Patient: innen	Verwendung von Leitlinien für Diagnose und Behandlung	1
	Management und Schutz von Patientendaten	7
	Patientenmanagement	8
	Prävention und Gesundheitsförderung	2
	Kontinuität	8
	Patientenbefragung	3
Team	Personalmanagement	9
	Aus- und Weiterbildung	2
	Professioneller Austausch	3
	Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur	3
Koordination mit Externen	Überweisungen und Aufträge	4
	Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden	3
	Austausch mit Mitbehandelnden	2
	Zuweisendenbefragung	3
Qualität & Sicherheit	Hygiene und Arbeitssicherheit	3
	Management kritischer Ereignisse	4
	Notfallmanagement	2
	Qualitätsentwicklung und -politik	3



## 4. Die Mindestkriterien

Die Mindestkriterien sind eine Grundvoraussetzung für eine EQUAM-Zertifizierung. Sie sind Teil der EQUAM-Indikatoren und finden sich auf der untenstehenden Liste.

**Tabelle 2: Liste der EQUAM Mindestkriterien**

Code	Mindestkriterium
1.1.1	Die Praxis verfügt über eine Website oder eine Broschüre/Flyer mit allen für den Zugang nötigen Informationen
1.1.2	Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten
1.2.1	Die Praxis gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens und wartet sie regelmässig
1.2.4	Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank
2.2.1	Die Praxis verwendet aktuell gültige Leitlinien zu Diagnose und Behandlung als Grundlage für Behandlungsentscheidungen.
2.3.1	Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept
2.3.2	In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar
2.3.3	Die Praxis stellt sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können.
2.3.4	Patientinnen können ihre Daten einsehen und erhalten
2.6.6	Die Praxis hat eine Vorlage für Medikamentenpläne und regelt deren Herausgabe.
(2.7.1) <sup>3</sup>	Eine validierte Patientenbefragung wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt und die Auswertung liegt der Praxis vor.
3.4.3	Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch
4.3.2	Die Praxis stellt sicher, dass eingehende Untersuchungsergebnisse rechtzeitig durch eine Ärztin gesichtet werden.
(4.5.1)	Eine Zuweisendenbefragung wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt und die Auswertung liegt der Praxis vor.
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.

<sup>3</sup> Es muss mindestens eine Patienten- oder Zuweisendenbefragung (Code 4.5.1) durchgeführt werden. Aus diesem Grund sind diese beiden Mindestkriterien in Klammern dargestellt. Es können auch beide Befragungen durchgeführt werden.

## 5. Die Befragungen

Bei der Anmeldung entscheidet die Praxis, welche der beiden Befragungen sie im Rahmen der Zertifizierung durchführen will. Es stehen zwei Befragungen zur Auswahl. Es handelt sich einerseits um eine so genannte «Patient Experience Measure» (PREM) und andererseits um eine Befragung von Zuweisenden.

### **Befragung EUROPEP**

Der EUROPEP Fragebogen (Grol & Wensing 2000) gibt Auskunft darüber, wie Patient:innen die Behandlung wahrnehmen. Die Umfrage wird auf Papier oder digital durchgeführt.

Fragebogen oder Tablets werden an alle spezialärztlichen Patient:innen abgegeben, sofern sie in den vergangenen 12 Monaten bereits mindestens einmal in der Praxis waren. Bei Ärzt:innen mit einem Arbeitspensum über 50 % wird eine Zahl von mindestens 75 Teilnehmenden angestrebt, bei Ärzt:in mit einem Arbeitspensum bis und mit 50 %, eine Zahl von mindestens 40 Teilnehmenden. Jede Ärzt:in erhält eine visuelle Auswertung in einem separaten Bericht, welche auf eine intuitive Art die Bereiche mit dem grössten Verbesserungspotential aufzeigen. Zudem erhält die Praxis eine aggregierte Auswertung auf dem Praxis-Level.

### **Zuweisendenbefragung**

Diese Befragung ermöglicht Erkenntnisse über die wahrgenommene Qualität aus der Sicht der Zuweisenden. Um aussagekräftige Resultate zu erzielen, sollten alle Zuweisenden angesprochen werden. Bei unter 40 Zuweisenden ist mit EQUAM bezüglich Durchführbarkeit der Befragung Rücksprache zu nehmen. Es erfolgt eine detaillierte Auswertung in einem separaten Bericht.

### **Optionale Zusatzbefragung für grössere Praxen: Das Sicherheitsklima**

Diese Mitarbeitendenbefragung erlaubt es der Praxis, Aspekte der Qualität aus Sicht seiner Mitarbeitenden zu betrachten. Praxen ab 10 Mitarbeitenden können diese 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 Resultate der Befragungen können als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen dienen.

## 6. Programmentwicklung und Literatur

### 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 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).



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, einer Vertreterin 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 neuen Befragungen des Programmes für Mitarbeitende (Wet et al. 2010) wurden im Rahmen der Pilotphase 2017 / 2018 getestet und überprüft. Die Befragung für Zuweisende lehnt sich an die von EQUAM für Radiologie-Institute entwickelte Zuweisendenbefragung an (Jossen et. al 2019a; Jossen et. al 2019b). Sie wurde von der im oberen Abschnitt erwähnten Arbeitsgruppe begutachtet und für die Spezialarztpraxis angepasst.

Im November 2018 genehmigte die Fachgruppe die Überarbeitungen nach der Pilotphase, die in die nun gültige Version 1 eingearbeitet wurden. EQUAM Programme werden mindestens alle 5 Jahre einer Revision unterzogen. Redaktionelle Anpassungen werden 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 für Qualität und Patientensicherheit.

## 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.

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. 10th 2018

Jossen, Marianne, et al. "Assessment of the safety climate in outpatient diagnostic services: Development and psychometric evaluation of a questionnaire." *European radiology* 29.3 (2019a): 1538-1545.

Jossen, Marianne, et al. "Referring Physicians Assess the Quality of Outpatient Diagnostic Imaging Services: Development and Psychometric Evaluation of a Questionnaire." *RöFo-Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren*. Vol. 191. No. 08. Georg Thieme Verlag KG, 2019b.

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

Starfield, Barbara, and L. Shi. "Manual for the primary care assessment tools." *Baltimore: Johns Hopkins University* (2009).

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.

## Änderungsverlauf

Detaillierten Änderungsprotokolle zur *normativen Grundlage* des Zertifizierungsprogramms (Indikatoren-Liste) sind auf Wunsch bei der Geschäftsstelle erhältlich.

Version	Überarbeitung	Ersteller:in	Datum
0 – 1.3	In den Jahren 2011 - August 2022 war der Programmbeschrieb zum Zertifizierungsprogramm kombiniert mit der normativen Grundlage (Indikatoren) in einem Dokument. Eine Zusammenfassung aller Änderung dieser Zeitperiode sind im «Programmbeschrieb Spezialarzt d v1.3» auf der letzten Seite ersichtlich. Eine detaillierte Liste der Anpassungen im Zeitverlauf in der normativen Grundlage (Indikatoren) ist separat bei der EQUAM Geschäftsstelle erhältlich.	AQUA-Institut EQUAM SwissPep	2011 – August 2022
August 2022	Seit August 2022 wird der strukturell überarbeitete <i>Programm- beschrieb</i> (dieses Dokument) getrennt von der normativen Grundlagen der Zertifizierung (Indikatorenliste) geführt.	J. Lehmann	August 2022

## 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 der EQUAM-Auditor:in 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. Die auf der Evaluation basierenden Rückmeldungen und Diskussionen sollen zu evidenzbasierter Behandlung von Patient:innen anregen.

In Einzelpraxen (und nur dort) kann die betroffene Ärzt:in selbst die Dossiers der eigenen Patient:innen auf eine strukturiert-selbstkritische Art gemäss den folgenden Schritten evaluieren:

### Schritt-für-Schritt Anleitung (Vorschlag)<sup>4</sup>

1. Die Stichprobe soll 20 Krankengeschichten von aktuell behandelten Patient:innen umfassen. Diese müssen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden. Alle Fachärzt:innen der Praxis sollten angemessen mit eigenen Patient:innen in der Stichprobe repräsentiert 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.
2. Für jede der ausgewählten Krankengeschichte wird die Anamnese, die Diagnose und ggf. der klinische Verlauf gesichtet; die interne Reviewer:in notiert 2-3 Stichworte zur Frage der zuweisenden Ärzt:in oder zur medizinischen Problemstellung, sowie welche klinischen Guidelines zur Anwendung kamen resp. kommen sollten.
3. Anschliessend wird das dokumentierte Patientenmanagement mit den Empfehlungen der entsprechenden Guideline verglichen.
4. 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?

---

<sup>4</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.

- Erscheint diese Begründung retrospektiv und auch aus fachlicher Peer-Sicht angemessen, oder müsste das Vorgehen ggf. kritisch überdacht werden?
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 Zuweisenden)

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/Patientennummer
- 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.