

1 Infrastruktur**1.1 Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten****1.1.1 Die Praxis verfügt über eine Homepage oder einen Flyer/Broschüre**

- 1.1.1.01 — Ist auf der Website/dem Flyer/der Broschüre der Praxis eine Telefonnummer angegeben?
- 1.1.1.02 — Sind auf der Website/dem Flyer/der Broschüre Zeiten telefonischer Erreichbarkeit angegeben?
- 1.1.1.03 — Gibt es auf der Website die Möglichkeit, per E-Mail und/oder Formular mit der Praxis Kontakt aufzunehmen?
Beim Audit kann ggf. nachgefragt werden, wie man mit dem Risiko umgeht, dass Patienten Informationen auf ungeschützten Kanälen mit der Praxis teilen.
- 1.1.1.04 — Sind auf der Website/dem Flyer/der Broschüre die Öffnungszeiten der Praxis (inklusive vorübergehende Abwesenheiten wie Ferien, etc.) angegeben?
- 1.1.1.05 — Informiert die Website/der Flyer über die Versorgung ausserhalb der Ansprechzeiten?
- 1.1.1.06 — Ist auf der Website/dem Flyer/der Broschüre die Adresse der Praxis angegeben?
- 1.1.1.07 — Gibt es auf der Website/dem Flyer/der Broschüre einen Lageplan der Praxis?
- 1.1.1.08 — Ist auf der Website/dem Flyer/der Broschüre die Anfahrt mit dem Auto beschrieben?
Ein Routenplaner (z.B. von Google Maps) erfüllt dieses Kriterium.
- 1.1.1.09 — Ist auf der Website/dem Flyer/der Broschüre die Anfahrt mit dem ÖV beschrieben?
Ein Routenplaner (z.B. von Google Maps) erfüllt dieses Kriterium.

1.1.2 Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich und informiert über die Versorgung

- 1.1.2.01 — !!! Ist die Ansage auf dem Anrufbeantworter deutlich?
Mindestkriterium
- 1.1.2.02 — !!! Ist die Ansage auf dem Anrufbeantworter auf Hochdeutsch, Französisch und/oder Italienisch?
Mindestkriterium
- 1.1.2.03 — !!! Informiert die Ansage auf dem Anrufbeantworter über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten?
Mindestkriterium

1.1.3 Die Praxis verfügt über getrennte Toiletten für Patienten und Mitarbeitende

- 1.1.3.01 — Ist eine separate Toilette für das Personal vorhanden?

1.1.4 Mitarbeitende haben die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen o.Ä. ungestört zurück zu ziehen

- 1.1.4.01 — Haben Mitarbeitende die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen o.Ä. ungestört zurück zu ziehen?
Ist der Raum genug gross, ordentlich, mit guten Sitz- und Essgelegenheiten ausgestattet und hell und ist sicher, dass Patienten dort keine Gespräche mithören können? Ausstattung und Grösse sollen der Praxisgrösse entsprechen.

1.1.5 Die Praxis trifft Massnahmen zum schnellstmöglichen Verlassen im Bedarfsfall

Die Fluchtwege der Praxis müssen frei sein; Grosse Praxen oder solche, die in komplizierten Gebäuden situiert sind, sollten einen Fluchtplan aushängen haben.

- 1.1.5.01 — Gibt es in der Praxis einen Fluchtplan?
ANLEITUNG AUDIT: nur nötig bei grossen Praxen oder bei komplizierten architektonischen Konstellationen. Bei allen anderen: "nicht relevant" wählen.

1.1.5.02 — Sind die Fluchtwege in der Praxis frei?

Dies ist auch wichtig, wenn etwa ein Notfall in der Praxis ist und man durch die Räume rennen muss.

1.2 Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente

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.

1.2.1 Die Praxis gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens und wartet sie.

1.2.1.01 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Blutdruckmessgeräte?

Das Verfahren gewährleistet, dass die Blutdruckmessgeräte alle zwei Jahre von einer kompetenten Stelle kalibriert werden. Idealerweise ist die Prüfstelle SAS-Akkreditiert, verpflichtend ist dies jedoch nicht.

Mindestkriterium

1.2.1.02 — !!! Sind die Blutdruckmessgeräte aktuell gewartet?

Dieser Indikator ist erfüllt, wenn ein Nachweis der Kalibrierung nicht älter als zwei Jahre ist

Mindestkriterium

1.2.1.03 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Laborgeräte?

Laborgeräte, Defibrillatoren und Feuerlöscher werden im Allgemeinen von den Herstellern gewartet. Das heisst, die Praxis müsste hier sicherstellen, dass die Wartung mit der Firma sicher funktioniert. Zudem müssen interne Wartungen organisiert werden, z.B. Spülzyklen bei Hämatologie-Geräten

Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn die Praxis kein eigenes Labor betreibt.

Mindestkriterium

1.2.1.04 — !!! Sind die Laborgeräte aktuell gewartet?

Dieser Indikator ist erfüllt, wenn ein schriftlicher Nachweis erbracht werden kann

Mindestkriterium

1.2.1.05 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Röntgenanlage?

Das Verfahren muss gewährleisten, dass die Zustandsprüfung durch eine vom BAG bewilligte Stelle erfolgt. Die Intervalle der Zustandsprüfung werden dabei generell durch den Hersteller festgelegt. Das Verfahren muss zudem gewährleisten, dass jährlich eine Konstanzprüfung durch eigenes Dienstpersonal oder Dritte erfolgt. Befundbildschirme müssen wöchentlich geprüft werden.

Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn die Praxis keine eigene Röntgenanlage betreibt.

Mindestkriterium

1.2.1.06 — !!! Ist die Röntgenanlage aktuell gewartet?

Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn im Anlagenbuch eine Konstanzprüfung vorliegt, die nicht älter als ein Jahr ist und eine Zustandsprüfung, die nicht älter als sechs Jahre ist.

Mindestkriterium

- 1.2.1.07 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Defibrillatoren?
Der Defibrillator gehört zur Notfallgrundausrüstung jeder Hausarztpraxis (vgl. entsprechendes Merkblatt der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR unter http://www.sgnor.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Downloads/DAK_Notfallausruestung_d.pdf). Deshalb ist NR nicht möglich.
- Die Wartung von Defibrillatoren nach den Anweisungen des Herstellers ist eine gesetzliche Vorgabe. In der Medizinalprodukteverordnung MepV ist in Artikel 20, Absatz 2, Lit. a festgehalten, dass Medizinprodukte, zu denen Defibrillatoren als sogenannte klassische Medizinprodukte gehören, nach den Vorschriften des Herstellers instandzuhalten (zu warten) sind.*
- Link zur Verordnung: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995459/index.html>*
- Wortlaut Verordnungstext:*
- Art. 20 Instandhaltung*
- 1 Wer Medizinprodukte als Fachperson anwendet, sorgt für die vorschriftsgemässe Durchführung der Instandhaltung und der damit verbundenen Prüfungen.*
- 2 Die Instandhaltung hat nach den Grundsätzen der Qualitätssicherung zu erfolgen, ist betriebsintern zweckmässig zu planen und zu organisieren und richtet sich insbesondere:*
- a. nach den Anweisungen der Person, die das Produkt erstmals in Verkehr gebracht hat;*
- b. nach dem Risiko, das dem Produkt und seiner Verwendung eigen ist*
- Mindestkriterium
- 1.2.1.08 — !!! Sind die Defibrillatoren aktuell gewartet?
Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.
- Mindestkriterium
- 1.2.1.09 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung des Sterilisators?
Das Verfahren muss gewährleisten, dass der Sterilisator gemäss Herstellerangaben gewartet wird.
- Mindestkriterium
- 1.2.1.10 — !!! Ist der Sterilisator aktuell gewartet?
Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.
- Mindestkriterium
- 1.2.1.11 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Feuerlöscher?
Der Feuerlöscher gehört zur Grundausrüstung einer Praxis. Einem Feuerlöscher gleichgestellt sind Sprinkleranlagen oder wenn im Haus ein gebrauchsfähiger Feuerlöscher jederzeit zur Verfügung steht. Feuerlöscher werden im Allgemeinen von den Herstellern gewartet. Das heisst, die Praxis muss hier sicherstellen, dass die Wartung mit der Firma sicher funktioniert.
- Mindestkriterium
- 1.2.1.12 — !!! Ist der Feuerlöscher aktuell gewartet?
Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.
- Mindestkriterium
- 1.2.1.13 — !!! Die Praxis führt interne Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch
Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn die Praxis kein eigenes Labor betreibt.
- Die aktuell gültige Richtlinie zur internen Qualitätskontrolle von QUALAB ist unter dem Link: <http://www.qualab.swiss/Aktuelle-Richtlinien.htm> zu finden*
- Mindestkriterium

- 1.2.1.14 — !!! Die Praxis führt externe Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch
Dieser Indikator ist nicht relevant, wenn die Praxis kein eigenes Labor betreibt.

*Die aktuell gültige Richtlinie zur internen Qualitätskontrolle von QUALAB ist unter dem Link:
<http://www.qualab.swiss/Aktuelle-Richtlinien.htm> zu finden.*

Mindestkriterium

- 1.2.1.15 — !!! Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung weiterer für die spezialärztliche Tätigkeit benötigter Geräte?
z. B. Lasergeräte bei Dermatologen; falls keine Geräte vorhanden sind, ist dieser Indikator nicht relevant.

Mindestkriterium

- 1.2.1.16 — !!! Sind die für die spezialärztliche Tätigkeit benötigten Geräte aktuell gewartet?
z. B. Lasergeräte bei Dermatologen; falls keine Geräte vorhanden sind, ist dieser Indikator nicht relevant.

Mindestkriterium

1.2.2 Die Praxis lagert Medikamente sachgemäss

Dieser Indikator wird nicht kontrolliert, wenn die Praxis eine im Laufe der letzten zwölf Monate eine kantonale Heilmittelkontrolle hatte oder im Laufe der nächsten zwölf Monate eine haben wird.

- 1.2.2.01 — Ist der Kühlschrank mit einem min/max Thermometer ausgestattet?

- 1.2.2.02 — Wird die Temperatur regelmässig ausgelesen und dokumentiert?

- 1.2.2.03 — Liegt die Temperatur zwischen 2 und 8 Grad Celcius?

- 1.2.2.04 — Können Temperaturschwankungen zeitnah bemerkt werden?

1.2.3 Die Praxis bewahrt Medikamente möglichst sicher vor Kindern und Patienten auf

Dieser Indikator wird nicht kontrolliert, wenn die Praxis eine im Laufe der letzten zwölf Monate eine kantonale Heilmittelkontrolle hatte oder im Laufe der nächsten zwölf Monate eine haben wird.

- 1.2.3.01 — Bewahrt die Praxis Medikamente möglichst sicher vor Kindern und Patienten auf?

Ideal ist eine verschlossene Tür zur Apotheke. Fingerprintsysteme oder Badges bieten hohe Sicherheit. Wenn eine solche Lösung baulich nicht möglich ist, gilt es, zu fragen, ob es Massnahmen gäbe, die der Praxis zumutbar sind und die die Sicherheit der Aufbewahrung erhöhen.

1.2.4 Die Praxis lagert Medikamente, die dem BMG unterstehen in einem verschlossenen, unverrückbaren Schra

- 1.2.4.01 — !!! Ist der Schrank verschlossen?

Mindestkriterium

- 1.2.4.02 — !!! Ist der Schrank unverrückbar?

Mindestkriterium

1.2.5 Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfall-Sets

Dieser Indikator wird nicht kontrolliert, wenn die Praxis eine im Laufe der letzten zwölf Monate eine kantonale Heilmittelkontrolle hatte oder im Laufe der nächsten zwölf Monate eine haben wird.

- 1.2.5.01 — Hat die Praxis eine Inventarliste des Notfall-Sets?

1.2.6 Das Notfall-Set enthält alle notwendigen Medikamente. Diese haben das Verfallsdatum

Dieser Indikator wird nicht kontrolliert, wenn die Praxis eine im Laufe der letzten zwölf Monate eine kantonale Heilmittelkontrolle hatte oder im Laufe der nächsten zwölf Monate eine haben wird.

Es geht hier um das Notfall-Set / den Notfalkoffer, der bei Hausbesuchen mitgenommen wird. Wenn die Praxis keine Hausbesuche macht, wird die Notfallmedikation vor Ort überprüft.

Die Notwendigkeit und die Ausstattung eines solchen Notfalkoffers hängt wesentlich von der Spezialisierung ab. Eine kardiologische Praxis braucht alle hier aufgeführten Medikamente, eine dermatologische braucht kein Atropin, Glucose, Tranquillizer, Nitrat, Morphin, Diuretikum, Nifedipin, Aspirin. Die Medikamentenliste für den Notfalkoffer sollte also nach Spezialisierung/Fachrichtung erstellt werden. Vgl. auch SGNOR Empfehlungen und Richtlinien

1.2.6.01 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Adrenalin?

z.B. Adrenalin IMS Minijet Braun, Adrenalin Amp

1.2.6.02 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Atropin?

Laut der SGNOR wird Atropin schon seit einiger Zeit nicht mehr für die Reanimation gebraucht. Es wird aber bei der Bradykardie und schweren vaso-vagalen Reaktionen verwendet. Insofern macht es im Notfalkoffer weiterhin Sinn und ist auch auf der Liste der SGNOR aufgeführt.

1.2.6.03 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes, injektionsfähiges Corticosteroid?

z.B. Betametason, Celestone, Dexametason, Depo Medrol, Prednisolut, Solu Medrol

1.2.6.04 — Enthält das Notfall-Set einen nicht abgelaufenen Tranquillizer?

z.B. Diazepam, Dormicum, Lorazepam, Midazolam, Stesolid, Temesta, Valium

1.2.6.05 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Glucagon oder Glukose?

1.2.6.06 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Nitrat?

z.B. Corangin Nitro, Iso Mack, Isoket, Nitroglycerin, Sorbidilat, Nitrospray

1.2.6.07 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes Betamimetikum?

z.B. Berodual, Berotec, Bricanyl, Ecovent, Foradil, Oxis, Pulmicort, Symbicort, Salbutamol, Ventolin, Ventodisk

1.2.6.08 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Morphin?

z.B. Morphium, Morphinsulfat

1.2.6.09 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes, injektionsfähiges Antihistaminikum?

z.B. Chlorphenamin, Clemastin, Promethazin, Tavegyl Amp.

1.2.6.10 — Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes Diuretikum?

z.B. Flurosemid, Lasix, Torem, Oedemex

1.2.6.11 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Acidum Acetylsalicylium?

z.B. Aspirin, Aspégic

1.2.6.12 — Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Dihydropiridin?

Zum Beispiel Nifepidin (z.B. Adalat) oder Amlopidin

2 Patienten

2.2 Verwendung von Leitlinien für Diagnose und Behandlung

2.2.1 Die Praxis verwendet aktuelle Leitlinien zu Diagnose und Behandlung.

2.2.1.01 — !!! Ist eine Liste mit den von der Praxis verwendeten Leitlinien für Diagnose und Behandlung vorhanden?
Mindestkriterium

2.2.1.02 — !!! Kann der Arzt / die Ärztin auf Nachfrage hin erläutern, welche typischen Patientenpfade aufgrund der aktuellen Leitlinien Anwendung finden?

Mindestkriterium

2.2.1.03 — !!! Kann der Arzt / die Ärztin erläutern, in welchen Fällen die Praxis von den benutzten Leitlinien zu Diagnose und Behandlung abweicht?

Mindestkriterium

2.2.1.04 — !!! Die Praxis kann Nachweisen, dass ein internes Audit mit einer Stichprobe von 20 Krankengeschichten durchgeführt wurde.

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 von der 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 wurden.

Mindestkriterium

2.3 Management und Schutz von Patientendaten

2.3.1 Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept

2.3.1.01 — !!! Bezeichnet das Datenschutzkonzept eine Verantwortliche?

Mindestkriterium

2.3.1.02 — !!! Bezeichnet das Datenschutzkonzept die Aufgaben der Verantwortlichen?

Mindestkriterium

2.3.1.03 — !!! Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie sichergestellt wird, dass in der Praxis keine Patientendaten von Dritten einsehbar sind?

Mindestkriterium

2.3.1.04 — !!! Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie die Diskretion am Empfang möglichst sichergestellt wird?

Mindestkriterium

2.3.1.05 — !!! Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie Patienten ihre Daten einsehen und einfordern können?

Laut Datenschutzgesetz (DSG) Art. 8 hat jede Person das Recht, eine Kopie ihrer Daten vom Inhaber der Datensammlung (hier die Praxis) zu erhalten. Abgesehen von so genannten 'persönlichen Hilfsmitteln' sind sämtliche Daten herauszugeben. Bei einer Selbstgefährdung der Person durch Herausgabe der Daten kann die Herausgabe über einen Arzt des Vertrauens des Patienten erfolgen.

Mindestkriterium

2.3.1.06 — Beschreibt das Datenschutzkonzept die Archivierung von Daten?

Aufgrund der Verlängerung der Verjährungspflicht ab 1.1.2020 von 10 auf 20 Jahre wird empfohlen, auch die Aufbewahrung auf 20 Jahre festzulegen.

Grund: Es besteht eine Wahrscheinlichkeit, dass die kantonalen Aufbewahrungsfristen angepasst werden. Es macht zudem Sinn, Unterlagen so lange aufzubewahren, wie man allenfalls in die Pflicht kommen könnte, schadenersatzpflichtig zu sein. Dennoch sollte der Grundsatz der Verhältnismässigkeit beachtet werden, indem man nur diese Unterlagen aufbewahrt, die man tatsächlich braucht. Dies im Sinne der «Erheblichkeit» der Daten. Das heisst: Die Aufbewahrung der Daten muss dem Zweck entsprechend angemessen sein.

2.3.1.07 — Beschreibt das Datenschutzkonzept die Vernichtung von Daten?

Bezüglich der Vernichtung von Daten ist es wichtig, dass es im Datenschutzkonzept eine klare Richtlinie hat betreffend des "was" - "wann" - "wie". Es gibt keine uns bekannten klaren gesetzlichen Vorschriften dazu. Es gilt der Grundsatz dass nur Daten aufbewahrt werden die man tatsächlich braucht, und nicht länger als gesetzlich vorgeschrieben.

- 2.3.1.08 — Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie Patienten über die Datenverwendung zu Zwecken der Qualitätsarbeit informiert werden?
- 2.3.1.09 — Beschreibt das Datenschutzkonzept ein Verfahren, das sicherstellt, dass Daten von Patienten, die kein Einverständnis zur Verwendung ihrer Angaben zu wissenschaftlichen oder qualitätssichernden Zwecken geben, nicht verwendet werden?
- 2.3.1.10 — Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie sichergestellt wird, dass Einträge in Patientenakten jederzeit nachverfolgt werden können?
Zeitpunkt und Autorschaft müssen dokumentiert sein
- 2.3.1.11 — Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie die Weitergabe von Daten an Unberechtigte (z.B. Verwandte, Arbeitgeber etc.) verhindert wird?
- 2.3.1.12 — Beschreibt das Datenschutzkonzept die Kanäle, über die Patienteninformationen kommuniziert werden?
persönlicher Kontakt, Brief, Fax, Telefon, E-Mail
- 2.3.1.13 — Klärt das Datenschutzkonzept die Dokumentation ausgehender Antworten auf Anfragen anderer Leistungsanbieter, Krankenkassen u.Ä.?
- 2.3.1.14 — Dokumentiert das Datenschutzkonzept die Verantwortlichkeit für die Datensicherungen (Backups) und deren Überprüfung (Auslesen von Backups)?
- 2.3.1.15 — Dokumentiert das Datenschutzkonzept die Verantwortlichkeit für den Virenschutz der Praxiscomputer?
- 2.3.2 In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar**
- 2.3.2.01 — !!! Sind in den Untersuchungsräumlichkeiten oder an anderen für die Patienten zugänglichen Räumlichkeiten KEINE Patientendaten einsehbar?
Mindestkriterium
- 2.3.3 Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden**
Die Auditor:in wird hier darauf achten, ob es zumutbare Massnahmen gibt, welche die Diskretion am Empfang erhöhen könnten.
- 2.3.3.01 — Stellt die Praxis sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Wie gehen Sie mit der Herausforderung der Diskretion am Empfang um? Können Sie erkennen, dass es zumutbare Massnahmen geben könnte, welche die Diskretion am Empfang erhöhen?
- 2.3.4 Patientinnen können ihre Daten einsehen und erhalten**
- 2.3.4.01 — !!! Können Patientinnen ihre Daten einsehen und erhalten?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Können Sie mir zeigen, was Sie tun, wenn ich als Patientin mein vollständiges Dossier erhalten möchte? Hätten Sie als Patientin alle Daten in der Hand, also sowohl Untersuchungsergebnisse wie auch den KG-Verlauf? Beachten Sie: verlangt der Patient eine Herausgabe und nicht nur eine Kopie der Daten, muss sich die Praxis schriftlich von der Aufbewahrungspflicht befreien lassen.
Mindestkriterium
- 2.3.5 Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Einträge Labo**
- 2.3.5.01 — Stellt die Praxis sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Laboruntersuchungen vorgenommen hat?
Kann mittels Datum und Autorschaft bei einer zufälligen Stichprobe Nachverfolgbarkeit nachgewiesen werden?
- 2.3.6 Das Verfahren für die Patient. am Empfang respektiert den Datenschutz und die Diskretion**
- 2.3.6.01 — Respektiert das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang den Datenschutz und die Diskretion?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn andere Patient:innen zumindest nicht erfahren, mit welchem Anliegen eine Patient:in in die Praxis kommt.
- 2.3.7 Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche KG-Einträge vorgenommen**

- 2.3.7.02 — Stellt die Praxis sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Einträge in KGs getätigt hat?
Kann mittels Datum und Autorschaft bei einer zufälligen Stichprobe Nachverfolgbarkeit nachgewiesen werden?

2.4 Patientenmanagement

2.4.1 Es gibt ein Verfahren, nach dem Patienten über die Praxis informiert werden

Bei grossen Praxen braucht es ein schriftliches Verfahren.

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.

- 2.4.1.01 — Informiert die Praxis die Patienten über das medizinische Angebot?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn MPAs eine zuständige Person und Inhalte, die den Patienten mitgeteilt werden, angeben können.
- 2.4.1.02 — Informiert die Praxis die Patienten, wie im Notfall vorzugehen ist?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn MPAs sagen können, wer informiert und über was. Die Patient:in soll wissen, dass sie z.B. zuerst in der Praxis anrufen soll und nicht sofort in den Notfall eines Spitals gehen soll.
- 2.4.1.03 — Informiert die Praxis die Patienten, an wen sie sich wenden können, wenn sie Fragen zur Funktionsweise des Gesundheitssystems / ihres Versicherungsmodells haben?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn MPAs eine zuständige Person angeben können.

2.4.2 Die Praxis vergibt Termine so, dass für die Patienten mit unterschiedlichen Anliegen jeweils genügen

Die Praxis sollte Anliegen oder Patient:innen (z.B. Notfalltermine, Termine für Chroniker:innen, Patient:innen 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.

- 2.4.2.01 — Hat die Praxis Anliegen oder Patienten zwecks Terminvergabe kategorisiert?
z.B. Notfalltermine, Termine für Chroniker/innen, Termine für Patienten mit physischen oder psychischen Einschränkungen, Fremdsprachigkeit, etc- Bei kleinen Praxen reichen Markierungen auf KG, die signalisieren, dass ein bestimmter Patient mehr Zeit braucht. Bei grossen Praxen ist eine schriftliche Vorgabe nötig.
- 2.4.2.02 — Vergibt die Praxis längere oder kürzere Termine gemäss gewissen Kategorien von Anliegen oder Patienten?
Bei kleineren Praxen reichen Slots für Termine, die am selben Tag vergeben werden. Lassen Sie sich die Agenda zeigen und prüfen Sie, ob der erste Termin der letzten Woche vor dem Audit entsprechend der Checkliste/Markierung auf KG vergeben wurde.

2.4.3 Die Praxis hat für die Telefontriage Kriterien definiert, bei denen ein Patient sofort einbestellt o

- 2.4.3.01 — Hat die Praxis für die Telefontriage Kriterien definiert bei denen ein Patient sofort einbestellt werden oder zum Notfall verwiesen werden muss?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn Mitarbeitende der Praxis Kriterien nennen können.

2.4.4 MPA haben eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage

- 2.4.4.02 — Ist die Verfügbarkeit der Ansprechperson geklärt?

2.4.5 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.

2.4.5.01 — Werden Patienten, welche das Praxispersonal nicht persönlich kennt, am Empfang eindeutig identifiziert?
ANLEITUNG AUDIT: Name/Vorname und Geburtsdatum abfragen. Eindeutig identifiziert werden müssen aber nur Patienten, die man visuell nicht erkennt.

2.4.5.02 — Werden die Angaben mit der KG oder Agenda gegengeprüft?

2.4.6 Die Praxis ist sensibel für die Würde der Patienten, wenn körperliche Untersuchungen vorgenommen werden

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.

2.4.6.01 — Hat das Team ein Verfahren zur Wahrung der Würde der Patienten bei körperlichen Untersuchungen?
Das Verfahren enthält z.B. Angaben darüber, wie bei körperlichen Untersuchungen sichergestellt wird, dass Patient:innen über den Ablauf aufgeklärt werden. Zum Beispiel ist es bei Ergometrien gut, wenn klar ist, wer zu welchem Zeitpunkt im Untersuchungsraum anwesend ist und wer nicht und dass Patienten gut aufgeklärt sind, wer wann warum anwesend ist. Bei Rektalpalpationen bei Männern kann es sinnvoll sein, dass eine Ärztin nachfragt, ob das in Ordnung ist, wenn sie die Untersuchung macht. Wer einen Katheter legt, kann den Patienten mit einem Tuch bedecken. Bei grossen Praxen sollten solche Regeln schriftlich festgehalten sein; situativ kann auf diesen Standard verzichtet werden (vom Auditor als "nicht kontrolliert" bezeichnet).

2.4.7 Die Praxis hat Regeln zur Kommunikation von Untersuchungsergebnissen an Patienten

2.4.7.01 — Ist geregelt, welche Art von Resultaten von welchem Personal mitgeteilt wird?

2.4.7.02 — Ist geregelt, bei der Kommunikation welcher Resultate besondere Massnahmen ergriffen werden?
Sollen heikle Resultate wie etwa HIV Tests oder Screening Resultate kommuniziert werden, kann es sinnvoll sein, z.B. festzulegen, dass dies nur mündlich und nicht z.B. auf dem Postweg geschieht, selbst wenn ein Patient sich dies wünscht.

2.4.8 Die Praxis hat eine Regelung, wie bei der Behandlung von fremdsprachigen Patienten vorzugehen ist.

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.

2.4.8.01 — Hat die Praxis eine Regelung, die klärt, in welchen Fällen Freunde oder Familienangehörige nicht mit Übersetzungsdiensten betraut werden?

2.4.8.02 — Wissen die Teammitglieder voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können?

2.4.8.03 — Hat die Praxis Kriterien nach denen entschieden wird, in welchen Fällen professionelle Dolmetschdienste herangezogen werden?

2.5 Prävention und Gesundheitsförderung

2.5.1 Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem sie Patienten über Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen

2.5.1.01 — Hat die Praxis geklärt, welche Patienten wann und auf welche Vorsorgeuntersuchungen angesprochen werden?
Es ist die Praxis, die hier entscheiden muss, welche Patienten sie wann informiert.

2.5.2 Jede KG enthält anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen.

ANLEITUNG AUDIT: Prüfung anhand einer zufälligen Stichprobe: Lassen Sie sich die erste KG des Tages von vor einer Woche zeigen.

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

2.5.2.01 — Enthält die KG anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Medikamentenintoleranzen oder Kontraindikationen?
ANLEITUNG AUDIT: Prüfung anhand einer zufälligen Stichprobe: Lassen Sie sich die erste KG des Tages von vor einer Woche zeigen. Es soll auch dokumentiert sein, wenn keine Allergien vorhanden sind. So ist klar, dass dieser Frage auch nachgegangen wurde.

2.6 Kontinuität

2.6.1 Die Praxis hat ein Verfahren zur Anamnese neuer, die Praxis regelmässig aufsuchender und/oder daus

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

- 2.6.1.01 — Gibt es eine Abmachung, welche anamnestischen Procedere standardmässig oder bei bestimmten Patienten gemacht werden?

ANLEITUNG AUDIT: bei grossen Praxen ist eine schriftliche Checkliste oder eine gemeinsame Maske vorzuweisen. Bei Einzelpraxen kann man fragen, wie der Arzt sicherstellt, dass ihm bei der Anamnese nichts untergeht.

2.6.2 Die Praxis fördert die Kontinuität der Behandlung mit einer Medizinalperson der Praxis

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.

- 2.6.2.01 — Wird neuen Patienten eine Medizinalfachperson als primäre Ansprechperson zugewiesen?
v.a. für grosse Praxen wichtig, für kleine aber ggf. auch relevant, wenn MPA teilweise diese Funktion übernehmen.

- 2.6.2.02 — Werden Patienten über die Wichtigkeit der Behandlungskontinuität informiert?

2.6.3 Die Praxis erarbeitet mit chronisch kranken Patienten Strategien und Pläne, die den Patienten helfen

z. B. Aktionspläne für Asthmatiker:innen, COPD-Patient:innen, Herzinsuffizienz-Patient:innen, Hypogefahr bei Diabetes

- 2.6.3.01 — Erarbeiten Medizinalfachpersonen der Praxis mit chronisch kranken Patienten Strategien und Pläne, die den Patienten helfen im Alltag und in schwierigen Situationen bestmöglich mit ihrer Krankheit umzugehen?

z. B. Aktionspläne für Asthmatiker, COPD-Patienten, Herzinsuffizienz-Patienten, Hypogefahr bei Diabetes. Ja, wenn die Strategien und Pläne mittels eines definierten Vorgehens oder Modells, z.B. dem Chronic Care Model erarbeitet werden. Es sollte etwa klar sein, welche Fragen und Punkte systematisch mit Patienten geklärt werden.

2.6.4 Die Praxis hat ein Verfahren zur Wiedereinbestellung von Patienten mit chronischen Erkrankungen.

- 2.6.4.01 — Hat die Praxis ein Verfahren zur Wiedereinbestellung von Patienten mit chronischen Erkrankungen?

2.6.5 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.

- 2.6.5.01 — Gewährleistet das Verfahren die Visierung der Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente durch den Arzt?

- 2.6.5.02 — Gewährleistet das Verfahren die mindestens jährliche Überprüfung der Indikation durch den Arzt?

- 2.6.5.03 — Gewährleistet das Verfahren die Koordination mit dem Hausarzt und – falls nötig - mit weiteren Ärzten?

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

- 2.6.6.01 — !!! Hat die Praxis eine Vorlage für Medikamentenpläne?

Mindestkriterium

- 2.6.6.02 — !!! Gibt es Kriterien, die bestimmen, an welche Patienten Medikamentenpläne abgegeben werden?

Wichtig sind solche Pläne für Chroniker, polymorbide oder anderweitig komplexe Patienten. Ein gutes Kriterium kann z.B. die Dauermedikation sein.

Mindestkriterium

2.6.7 Alle KG enthält eine Diagnose- oder Problemliste. Darin sind auch relevante externe Befunde vermerkt

ANLEITUNG AUDIT: Ziehen Sie eine weitere KG des Tages vor einer Woche vor dem Audit.

- 2.6.7.01 — Enthält die KG eine Diagnose- oder Problemliste?

Die Liste muss ausserhalb der Verlaufseinträge ersichtlich sein.

- 2.6.7.02 — Sind darin relevante externe Befunde vermerkt?

2.6.8 Die Praxis fördert das Selbstmanagement der Patienten

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.

2.6.8.01 — Setzt das Team Massnahmen zum Selbstmanagement der Patienten um?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn die Auskunftsperson mindestens eine Massnahme nennen kann, die das Team besprochen und umgesetzt hat. Beispiele: Video zur Influenzaimpfung zur Grippezeit, Infos zu Selbsthilfegruppen, Infos zu Bewegung/Ernährung.

2.6.8.02 — Kann das Team erläutern, inwiefern die getroffenen Massnahmen aktueller Evidenz und Best Practice entsprechen?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn die Auskunftsperson qualitativ gute Quellen für die Massnahmen angeben kann. Es ist darauf zu achten, dass etwa nicht einfach Pharma-gesponsorte Infos verteilt werden oder ungeprüfte Infos aus dem Netz an Patienten weitergegeben werden.

2.7 Patientenbefragung

2.7.1 Eine validierte Patientenbefragung wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt

2.7.1.01 — !!! Wurde in den letzten 24 Monaten eine validierte Patientenbefragung durchgeführt und liegt die Auswertung der Praxis vor?

Die Auswertung der Befragung muss der Auditor:in vorliegen und/oder beim Auditbesuch gemeinsam angeschaut werden. Falls eine Zuweisendenbefragung durchgeführt wurde, ist dies kein Mindestkriterium und kann als "NR" beantwortet werden.

2.7.2 Konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Patientenbefragung sind dokumentiert

2.7.2.01 — Sind konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Patientenbefragung abgeleitet und dokumentiert?

Dieser Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmassnahmen welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden. Es handelt sich nicht um ein Mindestkriterium und kann daher allenfalls als (neue) Verbesserungsmassnahme im Rahmen der Zertifizierung nach dem Audit definiert werden.

2.7.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Patientenerfahrung wurde überprüft.

2.7.3.01 — Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Patientenerfahrung überprüft?

Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte beispielsweise mit einem Feedbackmechanismus im kleineren Rahmen (Fokusgruppe, Mini-Umfrage oder Konsultation von ausgewählten Patienten-Vertretern) erfolgen, oder auch im Rahmen von regelmässigeren Patientenbefragungen.

3 Team

3.2 Personalmanagement

3.2.1 Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen und Zertifikaten überprüft

3.2.1.01 — Werden bei Neueinstellungen Diplome und Zertifikate auf ihre Echtheit überprüft? Wird ein Verfahren beschrieben? Bei Ärzten: Überprüfung im Medizinalberuferegister

3.2.2 Alle Mitarbeitenden haben eine Stellenbeschreibung

3.2.2.01 — Haben Mitarbeitende eine Stellenbeschreibung?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn ein Beispiel gezeigt werden kann einer MPA und eines Arztes

3.2.3 Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt

3.2.3.01 — Haben Sie während der letzten 12 Monate Personalgespräche geführt?

3.2.3.02 — Haben Sie das Thema Fortbildung diskutiert?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn zumindest ein konkretes Beispiel erzählt werden kann

3.2.3.03 — Wurde das Gespräch schriftlich dokumentiert?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn zumindest zwei Berichte gezeigt werden können.

3.2.4 Die Praxis fördert den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team

3.2.4.01 — Fördert die Praxis den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team?

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Haben Sie während den letzten 12 Monaten für das Team einen Event oder Ähnliches organisiert, an dem sich Mitarbeitende ohne hierarchische Zwänge austauschen können und Zeit miteinander verbringen?

3.2.5 Die Praxis verfügt über ein Vorgehen zur Verhinderung von Mobbing und Diskriminierung.

3.2.5.01 — Verfügt die Praxis über ein Vorgehen zur Verhinderung von Mobbing und Diskriminierung?

3.2.6 Verfahren zur Einarbeitung neuer MPA

3.2.6.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung neuer MPA in ihre Arbeitsgebiete?

Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

ANLEITUNG AUDIT: "Wie werden neue MPA in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet?"

3.2.7 Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärztinnen

3.2.7.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärztinnen in ihre Arbeitsgebiete?—

Eine schriftliche Checkliste ist notwendig

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Wie werden neue Ärztinnen in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet?"

3.2.8 Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung weiteren medizinischen Personals

3.2.8.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung weiteren medizinischen Personals?

Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Wie werden neue Mitarbeitende in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet?

3.2.9 Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften

3.2.9.01 — Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften?

Eine schriftliche Checkliste ist notwendig

3.3 Aus- und Weiterbildung

3.3.1 Die Praxis engagiert sich für Ausbildung und/oder Lehre

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

3.3.1.01 — Bildet die Praxis Fachleute aus oder organisiert sie Weiterbildungen oder Kurse?

Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn die Praxis MPA-Lernende ausbildet, Arztpersonen für Praktika aufnimmt oder wenn sich Mitglieder des Praxisteam in der Aus- Fort- und Weiterbildung als Lehrkräfte engagieren.

3.3.2 Das medizinische Personal der Praxis nimmt an professionell moderierten Qualitätszirkeln teil

ANLEITUNG AUDIT: Resultat aus Befragung

3.3.2.01 — Nehmen Ihre MPA an professionell moderierten QZ teil?

Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig.

3.3.2.02 — Nehmen die Ärzte der Praxis an einem anerkannten Qualitätszirkel teil?

Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig.

3.4 Professioneller Austausch

3.4.1 Das Team bespricht die Behandlung einzelner Patienten in besonders komplexen Lagen.

- 3.4.1.01 — Bespricht das Team die Behandlung einzelner Patienten in besonders komplexen Lagen?
z.B. polymorbide oder polymedizierte Patienten in besonders schwierigen sozialen Lagen oder mit mehrfachen Belastungen, Patienten, die schwierig im Umgang und/oder sehr fordernd sind, Patienten mit psychischen Schwierigkeiten, bei denen ein einheitlicher Umgang aller Fachpersonen wichtig ist, etc. Die Praxis sucht die Fälle nach eigenen Kriterien aus.

Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn konkrete Beispiele genannt und Dokumentationen der Diskussion (etwa in Form eines KG Eintrages, einer Notiz, eines Protokolls) vorgewiesen werden können.

3.4.2 Das Team bespricht den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken

- 3.4.2.01 — Bespricht das Team den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken?
z.B. Umgang mit Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten, Patienten mit physischen oder psychischen Einschränkungen, Patienten in sozial schwierigen Lagen, Patienten im Asylprozess, Patienten im Heim, fordernde Patienten, usw.

Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn konkrete Beispiele genannt und Dokumentationen der Diskussion (etwa in Form einer Notiz, eines Protokolls) vorgewiesen werden können.

3.4.3 Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch

- 3.4.3.01 — Liegt zu den Teamsitzungen im Voraus eine Traktandenliste vor?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn z.B. eine Traktandenliste gezeigt werden kann.

- 3.4.3.02 — !!! Liegt zu den Sitzungen ein Protokoll vor?
Mindestkriterium

- 3.4.3.03 — !!! Finden die Sitzungen regelmässig statt?
Es zählt nicht die Häufigkeit sondern die Regelmässigkeit. Theoretisch kann das also auch einmal im Jahr sein. Allerdings zielen viele andere Kriterien darauf ab, dass das Praxisteam Inhalte bespricht und dies auch dokumentiert. Von daher wären bei einer einzigen protokollierten Sitzung im Jahr wohl auch diese Kriterien nicht erfüllt.
Mindestkriterium

3.5 Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur

3.5.1 Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt

- 3.5.1.01 — Wurde innerhalb der letzten 24 Monate eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur mit Auswertung durchgeführt?
Bei Praxen mit weniger als 10 Mitarbeitenden ist diese Befragung möglicherweise problematisch aus Gründen des Datenschutzes. Dort kann eine Zuweisendenbefragung die bessere Wahl sein.

3.5.2 Konkrete Verbesserungsmaßnahmen wurden aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet und

- 3.5.2.01 — Wurden konkrete Verbesserungsmaßnahmen aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet und dokumentiert?
Nicht relevant, wenn keine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur gemacht wurde. Der Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmaßnahmen welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden. Es handelt sich nicht um ein Mindestkriterium und kann daher allenfalls als (neue) Verbesserungsmaßnahme im Rahmen der Zertifizierung nach dem Audit definiert werden.

3.5.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmaßnahmen zur Sicherheitskultur wurde überprüft.

- 3.5.3.01 — Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmaßnahmen zur Sicherheitskultur überprüft?
Nicht relevant, wenn keine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur gemacht wurde. Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte mit einer erneuten Mitarbeitendenbefragung nach 12-24 Monaten geprüft werden.

4 Koordination mit Externen

4.2 Überweisungen und Aufträge

4.2.1 Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis Ihrer Preferred Provider.

Das Verzeichnis soll sicherstellen, dass die Praxis Aufträge an Leistungserbringer:in vergibt, mit denen eine gute und vertrauensvolle Kooperation besteht. Das Verzeichnis sollte regelmässig überprüft werden und idealerweise auch Kontakte zu Sozialdiensten, Selbsthilfegruppen etc. enthalten.

- 4.2.1.01 — Führt die Praxis ein Verzeichnis von für Überweisungen relevanten medizinischen Leistungserbringern und von weiteren für die Versorgung wichtigen Kontakten, etwa Sozialdiensten, Selbsthilfegruppen o.Ä.?

4.2.2 Informationen, die zur Fortführung der Behandlung notwendig sind, werden rechtzeitig, vollständig

Alle Elemente einer KG müssen zeitnah versandt werden können. Rezepte und Medikamentenpläne sollen elektronisch erstellt werden.

- 4.2.2.01 — Können alle Elemente einer KG zeitnah versandt werden?
Insbesondere auch Ergebnisse externer Leistungserbringer.

- 4.2.2.02 — Werden Rezepte und Medikamentenpläne elektronisch ausgestellt?

4.2.3 Die Praxis fördert die einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Untersuchungsüberweisungen

Es werden z.B. Strukturen und Elemente von Aufträgen besprochen oder es gibt Vorlagen; nicht relevant in Einzelpraxen.

- 4.2.3.01 — Fördert die Praxis einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Untersuchungsaufträgen?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn Strukturen und Elemente von Überweisungsaufträgen besprochen wurden oder es Vorlagen oder Checklisten gibt. Der Indikator ist nicht relevant in Einzelpraxen.

4.2.4 Es gibt ein Verfahren für den Fall, dass die Patientin den Arzt inner- oder ausserhalb der Praxis we

- 4.2.4.01 — Gewährleistet das Verfahren, dass die Ärztin, die den Patienten abgibt, die KG vollständig weitergibt?

- 4.2.4.02 — Gewährleistet das Verfahren, 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?

4.3 Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden

4.3.1 Die Praxis verfolgt Untersuchungsaufträge nach

- 4.3.1.01 — Verfolgt die Praxis Untersuchungsaufträge nach?
Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn die Praxis dokumentiert, welche Anfragen sie verschickt und nachverfolgt, inwiefern Aufträge erfüllt wurden, etwa bei Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen u.Ä.

4.3.2 Die Praxis stellt sicher, dass eingehende Untersuchungsergebnisse rechtzeitig durch eine Ärztin gesi

- 4.3.2.01 — !!! Hat die Praxis Kriterien anhand derer die Dringlichkeit einer Sichtung geregelt wird?

Mindestkriterium

- 4.3.2.02 — !!! Ist die Sichtung mit Visum oder elektronischem Marker sichergestellt?

Mindestkriterium

- 4.3.2.03 — !!! Hat die Praxis eine Stellvertreterregelung für die Sichtung von Befunden?

Mindestkriterium

4.3.3 Die Praxis dokumentiert welche Massnahmen (z.B. Wiedereinbestellung) aufgrund eingegangener Er

- 4.3.3.01 — Dokumentiert die Praxis welche Massnahmen (z.B. Wiedereinbestellung) aufgrund eingegangener Ergebnisse getroffen wurden?

4.4 Austausch mit Mitbehandelnden

4.4.1 Die Praxis trifft sich mit lokalen Leistungserbringern und/oder Preferred Providern

- 4.4.1.01 — Treffen sich Mitarbeitende der Praxis mit lokalen Leistungserbringern und/oder Preferred Providern?
*z.B. mit Spital, Spitex, Sozialdienste u.Ä.
Die Treffen müssen über eine Patientenübergabe hinausgehen. Durch regelmässige Treffen im Rahmen von Qualitätszirkeln wird diese Vorgabe ebenfalls erfüllt*
- 4.4.2 Die Praxis dokumentiert Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder**
- 4.4.2.01 — Dokumentiert die Praxis Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder?
ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn ein Beispiel gezeigt werden kann und wenn auch MPA Antworten dokumentieren.
- 4.5 Zuweisendenbefragung**
- 4.5.1 Zuweisendenbefragung wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt und Auswertung liegt vor**
- 4.5.1.01 — !!! Wurde in den letzten 24 Monaten eine Zuweisendenbefragung durchgeführt und liegt die Auswertung der Praxis vor?
Die Auswertung der Befragung muss der Auditor:in vorliegen und/oder beim Auditbesuch gemeinsam angeschaut werden. Falls eine Patientenbefragung durchgeführt wurde, ist dies kein Mindestkriterium und kann als "NR" beantwortet werden.
- 4.5.2 Konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Zuweisendenbefragung sind dokumentiert**
- 4.5.2.01 — Sind konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Zuweisendenbefragung abgeleitet und dokumentiert?
Dieser Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmassnahmen welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden. Es handelt sich nicht um ein Mindestkriterium und kann daher allenfalls als (neue) Verbesserungsmassnahme im Rahmen der Zertifizierung nach dem Audit definiert werden.
- 4.5.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Zuweisendenbefragung wurde überprüft.**
- 4.5.3.01 — Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Zuweisenden-Erfahrung überprüft?
Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte beispielsweise mit einem Feedbackmechanismus im kleineren Rahmen (Fokusgruppe, Mini-Umfrage oder Konsultation von ausgewählten Zuweisenden-Vertretern) erfolgen, oder auch im Rahmen von regelmässigeren Befragungen.
- 5 Qualität und Sicherheit**
- 5.1 Hygiene und Arbeitssicherheit**
- 5.1.1 Die Praxis verfügt über ein Konzept zur Hygiene und Arbeitssicherheit**
- 5.1.1.01 — Klärt das Konzept wie Oberflächen, Fussböden und Sanitäranlagen und Untersuchungsflächen gereinigt werden?
- 5.1.1.02 — Klärt das Konzept, wie die Handhygiene sichergestellt wird?
- 5.1.1.03 — Klärt das Konzept, wie sterile Instrumente aufbewahrt und gebraucht werden?
- 5.1.1.04 — Klärt das Konzept, wie scharfe Gegenstände entsorgt werden?
- 5.1.1.05 — Klärt das Konzept, wie die Sterilisation vor Ort oder extern gehandhabt wird?
- 5.1.1.06 — Klärt das Konzept, wie sichergestellt wird, dass allen Mitarbeitenden eine Hepatitis-B Impfung angeboten und ihr Impfstatus erhoben wird?
- 5.1.1.07 — Klärt das Konzept, wie im Fall einer Nadelstichverletzung vorzugehen ist?
ANLEITUNG AUDIT: Eine MPA fragen, was sie im Fall einer Nadelstichverletzung tut. Entspricht das dem Konzept?
- 5.1.1.08 — Klärt das Konzept, für welche Arbeiten besondere Berufskleider zu tragen sind?
- 5.1.2 Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden.**
- 5.1.2.01 — !!! Gibt es in allen Behandlungsräumen Desinfektionsmittel?
Mindestkriterium

5.1.2.02 — !!! Gibt es hygienische Vorrichtungen zum Trocknen der Hände auf allen Toiletten?
Mindestkriterium

5.1.2.03 — !!! Gibt es in allen Toiletten Desinfektionsmittel?
Mindestkriterium

5.1.3 Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss

Dieses Mindestkriterium prüfen wir gemäss den Vorgaben des Amtes für Umwelt und Energie des Kantons St. Gallen (vgl. das entsprechende Merkblatt hier:

https://www.umwelt.sg.ch/home/kundengruppen/industrie_gewerbe/_jcr_content/RightPar/downloadlist_teaser_0/DownloadListParTeaser/download_teaser_0.ocFile/FRP2009_02.pdf)

5.1.3.01 — !!! Verfügt die Praxis über geeignete Behälter zur Entsorgung infektiösen Materials überall dort, wo solches anfällt?
z.B. eine Nierenschale
Mindestkriterium

5.1.3.02 — !!! Verfügt die Praxis über geeignete Behälter zur Entsorgung scharfer Gegenstände an allen Orten, wo diese benutzt werden?
Mindestkriterium

5.1.3.03 — !!! Stellt die Praxis sicher, dass Sonderabfälle separat entsorgt und nicht mit dem Hauskehricht abgegeben werden?
Mindestkriterium

5.2 Management kritischer Ereignisse

5.2.1 Die Praxis hat ein Verfahren, das es Patienten ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen.

Das kann ein Hinweis auf der Webseite, eine E-Mail-Adresse, ein Briefkasten oder ein Hinweis im Patientengespräch sein.

5.2.1.01 — Hat die Praxis ein Verfahren, das es Patienten ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen?
Das kann ein Hinweis auf der Website, eine Email-Adresse, ein Briefkasten oder ein Hinweis im Patientengespräch sein.

5.2.2 Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Beschwerden von Patienten und anderen Leistungserbringer

5.2.2.01 — Dokumentiert die Praxis Beschwerden von Patienten oder andern Leistungserbringern?
schriftlicher Nachweis notwendig

5.2.2.02 — Bespricht die Praxis Beschwerden von Patienten und anderen Leistungserbringern?
schriftlicher Nachweis notwendig

5.2.2.03 — Leitet die Praxis Massnahmen aus den Besprechungen von Beschwerden ab?
Gilt als erfüllt, wenn Beispiele gegeben werden können

5.2.3 Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen.

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.

5.2.3.01 — !!! Dokumentiert die Praxis kritische Ereignisse?
schriftlicher Nachweis notwendig
Mindestkriterium

5.2.3.02 — !!! Bespricht die Praxis kritische Ereignisse zeitnah?
Schriftlicher Nachweis ist notwendig. Besprechung spätestens 1 Monat nach Ereignis.
Mindestkriterium

- 5.2.3.03 — !!! Analysiert die Praxis kritische Ereignisse interprofessionell?
Mindestkriterium
- 5.2.3.04 — !!! Leitet die Praxis Massnahmen aus den Besprechungen von kritischen Ereignissen ab?
Gilt als erfüllt, wenn Beispiele gegeben werden können
Mindestkriterium
- 5.2.3.05 — !!! Hat das Team ein Verfahren zur Kommunikation mit Patienten im Fall kritischer Ereignisse?
ANLEITUNG AUDIT: Vorweis mind. 1 Protokolls oder Beschreibung des Verfahrens wenn kein Fall vorhanden. Auseinandersetzung und Verschriftlichung anregen.
Mindestkriterium
- 5.2.4 Die Praxis weist Patienten auf den EQUAM Ombudsarzt hin**
- 5.2.4.01 — Weist die Praxis Patienten auf den EQUAM Ombudsarzt hin?
Gilt als erfüllt, wenn geregelt ist, wer den Hinweis wann gibt.
- 5.3 Notfallmanagement**
- 5.3.1 Die Praxis hat ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle**
Beispielsweise ein Merkblatt, welches das Vorgehen klärt und wichtige Telefonnummern aufweist.
- 5.3.1.01 — !!! Hat die Praxis ein Notfallkonzept?
Es reicht z.B. ein Merkblatt, welches das Vorgehen klärt, wichtige Telefonnummern aufweist etc. Man sollte sehr schnell darauf zugreifen können
Mindestkriterium
- 5.3.2 Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis haben im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten**
Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig, z. B. als Teilnahmebestätigung, Zertifikat etc.
- 5.3.2.01 — !!! Haben mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen?
Mindestens alle 12 Monate findet eine Schulung des Praxispersonals zu medizinischen Notfällen statt. Die jährliche Schulung kann durch eine interne Ärztin / einen internen Arzt durchgeführt werden, sofern diese_r 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.

Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig, z. B. Teilnahmebestätigung, Zertifikat etc. Der Punkt gilt als erfüllt, wenn ein Kurs gemäss den Kriterien der American Heart Association AHA oder des European Resuscitation Council ERC (vgl. Kursübersicht der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin) oder ein äquivalenter Kurs absolviert wurde.
Mindestkriterium
- 5.4 Qualitätsentwicklung und Qualitätspolitik**
- 5.4.1 Die Praxis hat eine Qualitätsverantwortliche**
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.
- 5.4.1.01 — Hat die Praxis eine Qualitätsverantwortliche?
ANLEITUNG AUDIT: Hatten Sie vor und während dem Audit eine klare Ansprechperson? Wer ist für EQUAM zuständig in der Praxis? Oder gibt es, z.B. bei grösseren Praxen, eine designierte Person?
- 5.4.2 Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem alle Mitarbeitenden bezüglich Neuerungen in qualitäts- und si**
Nur für grosse Praxen relevant

5.4.2.01 — Hat die Praxis ein Verfahren, nach dem alle Mitarbeitenden bezüglich Neuerungen in qualitäts- und sicherheitsrelevanten Abläufen, informiert werden?

Nur für grosse Praxen relevant

5.4.3 Die Praxis trifft Massnahmen, die helfen, die Implementierung qualitäts- und sicherheitsrelevanter

Nur für grosse Praxen relevant

5.4.3.01 — Trifft die Praxis Massnahmen, die helfen, die Implementierung qualitäts- und sicherheitsrelevanter Regeln im Team zu gewährleisten?

Nur für grosse Praxen relevant, insbesondere wichtig bei mehreren Standorten.

Beispiele: Überprüfung der Händehygiene, Dokumentation von CIRS, etc. Sensibilisierung zum Datenschutz etc.

6 Überprüfung Massnahmen Vorzertifizierung

7 Freie Massnahmen