

EQUAM Standards

Grundversorgerpraxis - Zertifizierte Qualität

Pädiatriepraxis - Zertifizierte Qualität

EQUAM Standards v 1.6 vom 05.07.2022 - Erläuterungen im hinteren Teil beachten!

Mindest-
kriterium Code Indikator

1 Infrastruktur

1.1 Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten

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

1.1.1 Informationen.

- 1.1.1.01 Ist auf der Homepage/dem Flyer/der Broschüre der Praxis eine Telefonnummer angegeben?
- 1.1.1.02 Sind auf der Homepage/dem Flyer/der Broschüre Zeiten telefonischer Erreichbarkeit angegeben?
- 1.1.1.03 Gibt es auf der Homepage die Möglichkeit, per E-Mail und/oder Formular mit der Praxis Kontakt
- 1.1.1.04 Sind auf der Homepage/dem Flyer/der Broschüre die Öffnungszeiten der Praxis angegeben?
- 1.1.1.05 Ist auf der Homepage/dem Flyer/der Broschüre die Adresse der Praxis angegeben?
- 1.1.1.06 Gibt es auf der Homepage/dem Flyer/der Broschüre einen Lageplan der Praxis?
- 1.1.1.07 Ist auf der Homepage/dem Flyer/der Broschüre die Anfahrt mit dem Auto beschrieben?
- 1.1.1.08 Ist auf der Homepage/dem Flyer/der Broschüre die Anfahrt mit dem ÖV beschrieben?

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

1.1.2 der Sprechzeiten.

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

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?

Die Praxis trifft Massnahmen, die sicherstellen, dass Patienten und Personal die Räumlichkeiten im

1.1.5 Bedarfsfall schnellstmöglich verlassen können

- 1.1.5.01 Gibt es in der Praxis einen Fluchtplan?
- 1.1.5.02 Sind die Fluchtwege in der Praxis frei?

1.2 Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente

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

1.2.1 regelmässig.

- 1.2.1.01 Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Blutdruckmessgeräte?
- 1.2.1.02 Sind die Blutdruckmessgeräte aktuell gewartet?
- 1.2.1.03 Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Laborgeräte?
- 1.2.1.04 Sind die Laborgeräte aktuell gewartet?
- 1.2.1.05 Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Röntgenanlage?
- 1.2.1.06 Ist die Röntgenanlage aktuell gewartet?
- 1.2.1.07 Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung und Funktionskontrolle der Defibrillatoren?
- 1.2.1.08 Sind die Defibrillatoren aktuell gewartet?
- 1.2.1.09 Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung des Sterilisators?
- 1.2.1.10 Ist der Sterilisator aktuell gewartet?
- 1.2.1.11 Gibt es ein adäquates Verfahren zur Wartung der Feuerlöscher?
- 1.2.1.12 Ist der Feuerlöscher aktuell gewartet?
- 1.2.1.13 Die Praxis führt interne Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch
- 1.2.1.14 Die Praxis führt externe Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch

1.2.2 Die Praxis lagert Medikamente sachgemäss

- 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

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

Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen in einem

1.2.4 verschlossenen, unverrückbaren Schrank

- 1.2.4.01 Ist der Betäubungsmittelschrank verschlossen?
- 1.2.4.02 Ist der Betäubungsmittelschrank unverrückbar?

1.2.5 Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfall-Sets

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

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

- 1.2.6.01 Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Adrenalin?
- 1.2.6.02 Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Atropin?
- 1.2.6.03 Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes, injektionsfähiges Corticosteroid?
- 1.2.6.04 Enthält das Notfall-Set einen nicht abgelaufenen Tranquillizer?
- 1.2.6.05 Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Glucagon oder Glukose?
- 1.2.6.06 Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Nitrat?
- 1.2.6.07 Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes Betamimetikum?
- 1.2.6.08 Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Morphin?
- 1.2.6.09 Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes, injektionsfähiges Antihistaminikum?
- 1.2.6.10 Enthält das Notfall-Set ein nicht abgelaufenes Diuretikum?
- 1.2.6.11 Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Acidum Acetylsalicylium?
- 1.2.6.12 Enthält das Notfall-Set nicht abgelaufenes Dihydropiridin?
- 1.2.6.13 Enthält das Notfall-Set Beatmungsbeutel wie folgt: Beatmungsbeutel klein (Kind, 500ml) und gross (Erwachsene, 1500ml), mit Sauerstoffreservoir und Sauerstoffschlauch?
- 1.2.6.14 Enthält das Notfall-Set eine Sauerstoffflasche mit Druckminderer und Flowmeter?
- 1.2.6.15 Enthält das Notfall-Set Dosierungstabellen und einen Notfalllineal?
- 1.2.6.16 Enthält das Notfall-Set Infusionslösung (500ml oder 1000ml)?

1.2.7 Die Praxis hat einen eigenen Defibrillator

- 1.2.7.01 Hat die Praxis hat einen eigenen Defibrillator?

2 Patienten**2.4 Management und Schutz von Patientendaten****2.4.1 Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept**

- 2.4.1.01 Bezeichnet das Datenschutzkonzept eine Verantwortliche?
- 2.4.1.02 Bezeichnet das Datenschutzkonzept die Aufgaben der Verantwortlichen?
- 2.4.1.03 Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie sichergestellt wird, dass in der Praxis keine Patientendaten von Dritten einsehbar sind?
- 2.4.1.04 Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie die Diskretion am Empfang möglichst sichergestellt wird?
- 2.4.1.05 Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie Patienten ihre Daten einsehen und einfordern können?
- 2.4.1.06 Beschreibt das Datenschutzkonzept die Archivierung von Daten?
- 2.4.1.07 Beschreibt das Datenschutzkonzept die Vernichtung von Daten?
- 2.4.1.08 Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie Patienten über die Datenverwendung zu Zwecken der Qualitätsarbeit informiert werden?
- 2.4.1.09 Beschreibt das Datenschutzkonzept ein Verfahren, das sicherstellt, dass Daten von Patienten, die kein Einverständnis zur Verwendung ihrer Angaben zu wissenschaftlichen Zwecken geben, nicht verwendet werden?
- 2.4.1.10 Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie sichergestellt wird, dass Einträge in Patientenakten jederzeit nachverfolgt werden können?
- 2.4.1.11 Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie die Weitergabe von Daten an Unberechtigte (z.B. Verwandte, Arbeitgeber etc.) verhindert wird?
- 2.4.1.12 Beschreibt das Datenschutzkonzept die Kanäle, über die Patienteninformationen kommuniziert werden?
- 2.4.1.13 Klärt das Datenschutzkonzept die Dokumentation ausgehender Antworten auf Anfragen anderer Leistungsanbieter, Krankenkassen u.Ä.?
- 2.4.1.14 Dokumentiert das Datenschutzkonzept die Verantwortlichkeit für die Datensicherungen (Backups) und deren Überprüfung (Auslesen von Backups)?
- 2.4.1.15 Dokumentiert das Datenschutzkonzept die Verantwortlichkeit für den Virenschutz der Praxiscomputer?

2.4.2 In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar

- 2.4.2.01 Sind in den Untersuchungsräumlichkeiten oder an anderen für die Patienten zugänglichen Räumlichkeiten KEINE Patientendaten einsehbar?

Die Praxis stellt sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden

2.4.3 können.

- 2.4.3.01 Stellt die Praxis sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können?

2.4.4 Patientinnen können ihre Daten einsehen und erhalten

- 2.4.4.01 Können Patientinnen ihre Daten einsehen und erhalten?

Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Laboruntersuchungen

2.4.5 vorgenommen hat.

- 2.4.5.01 Stellt die Praxis sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Laboruntersuchungen vorgenommen hat?

Das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang respektiert den Datenschutz und die

2.4.6 Diskretion

- 2.4.6.01 Respektiert das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang den Datenschutz und die Diskretion?

Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche KG-Einträge

2.4.7 vorgenommen hat.

- 2.4.7.01 Stellt die Praxis sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Einträge in KGs getätigt hat?

2.5 Patientenmanagement**2.5.1 Es gibt ein Verfahren, nach dem Patienten über die Praxis informiert werden**

- 2.5.1.01 Informiert die Praxis die Patienten über das medizinische Angebot?
- 2.5.1.02 Informiert die Praxis die Patienten, wie im Notfall vorzugehen ist?
- 2.5.1.03 Informiert die Praxis die Patienten, an wen sie sich wenden können, wenn sie Fragen zur Funktionsweise des Gesundheitssystems / ihres Versicherungsmodells haben?

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

- 2.5.10.0 Hat die Praxis eine klare Regelung, wie bei der Behandlung von fremdsprachigen Patienten vorzugehen ist?

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

2.5.2 Zeit eingeplant ist.

- 2.5.2.01 Hat die Praxis Anliegen oder Patienten zwecks Terminvergabe kategorisiert?
- 2.5.2.02 Vergibt die Praxis längere oder kürzere Termine gemäss gewissen Kategorien von Anliegen oder Patienten?

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

2.5.3 beim Notfall gemeldet werden muss.

- 2.5.3.01 Hat die Praxis für die Telefontriage Kriterien definiert bei denen ein Patient sofort einbestellt werden oder zum Notfall verwiesen werden muss?

2.5.4 MPA haben eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage

- 2.5.4.01 Haben MPA eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage?
- 2.5.4.02 Ist die Verfügbarkeit der Ansprechperson geklärt?

2.5.5 Patienten, welche das Personal nicht persönlich kennt, werden am Empfang eindeutig identifiziert

- 2.5.5.01 Werden Patienten, welche das Praxispersonal nicht persönlich kennt, am Empfang eindeutig identifiziert?
- 2.5.5.02 Werden die Angaben mit der KG oder Agenda gegengeprüft?

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

- 2.5.6.01 Hat das Team eine Haltung zu der Frage, wie die Würde der Patienten bei körperlichen Untersuchungen gewahrt wird?

2.5.7 Die Praxis hat Regeln zur Kommunikation von Untersuchungsergebnissen an Patienten

- 2.5.7.01 Ist geregelt, welche Art von Resultaten von welchem Personal mitgeteilt wird?
- 2.5.7.02 Ist geregelt, bei der Kommunikation welcher Resultate besondere Massnahmen ergriffen werden?

Die Praxis hat Kriterien, die bestimmen, wann die Durchführbarkeit einer Untersuchung oder**2.5.8 Behandlung in Frage gestellt werden muss.**

- 2.5.8.01 Hat die Praxis geklärt, bis zu welchem Alter oder bei welchen Indikationen Kinder zu Pädiatern weiterverwiesen werden?
- 2.5.8.01 Hat die Praxis geklärt, ab welchem Alter oder bei welchen Indikationen Patienten zu einem Spezialisten p oder Hausarzt weiterverwiesen werden?
- 2.5.8.02 Hat die Praxis eine Regelung, die klärt, in welchen Fällen Freunde oder Familienangehörige nicht mit Übersetzungsdiensten betraut werden?
- 2.5.8.03 Hat die Praxis eine Regelung, die klärt, wann die Begleitung einer Patientin durch ein Elternteil kritisch hinterfragt werden muss?

2.5.9 Teammitglieder wissen voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können

- 2.5.9.01 Wissen die Teammitglieder voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können?

2.6 Prävention und Gesundheitsförderung**Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem sie Patienten über Früherkennungs- und****2.6.1 Vorsorgeuntersuchungen informiert**

- 2.6.1.01 Hat die Praxis geklärt, welche Patienten wann und auf welche Vorsorgeuntersuchungen angesprochen werden?

2.6.2 Alle KG enthält anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen.

- 2.6.2.01 Enthält die KG anamnestische Angaben über Allergien, Medikamentenintoleranzen oder Kontraindikationen?

Jeder Patient wird zu Bewegung und Ernährung, Jugendliche und Erwachsene zudem zu Alkohol- und**2.6.3 Nikotinkonsum befragt.**

- 2.6.3.01 Enthält die KG Angaben über Bewegung?
- 2.6.3.02 Enthält die KG Angaben über Ernährung?
- 2.6.3.03 Enthält die KG Angaben über Alkoholkonsum?
- 2.6.3.04 Enthält die KG Angaben Nikotinkonsum?

2.7 Kontinuität

Die Praxis / die Ärztin oder der Arzt hat ein Verfahren zur Anamnese neuer, die Praxis regelmässig

2.7.1 aufsuchender und/oder dauermedizierter Patienten.

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

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

- 2.7.2.01 Wird neuen Patienten eine Medizinalfachperson als primäre Ansprechperson zugewiesen?
2.7.2.02 Werden Patienten über die Wichtigkeit der Behandlungskontinuität informiert?

Die Praxis / die Ärztin oder der Arzt erarbeitet mit chronisch kranken Patienten Strategien und Pläne, die den Patienten helfen, im Alltag und in schwierigen Situationen bestmöglich mit ihrer Krankheit

2.7.3 umzugehen.

- 2.7.3.01 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?
2.7.3.01 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?

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

- 2.7.4.01 Hat die Praxis ein Verfahren zur Wiedereinbestellung von Patienten mit chronischen Erkrankungen?
2.7.4.01 Hat die Praxis ein Verfahren zur Wiedereinbestellung von Patienten für Vorsorgeuntersuchungen und p Impfungen?

2.7.5 Die Praxis hat ein Verfahren im Umgang mit Dauermedikamenten

- 2.7.5.01 Gewährleistet das Verfahren die Visierung der Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente durch den Arzt?
2.7.5.02 Gewährleistet das Verfahren die mindestens jährliche Überprüfung der Indikation durch den Arzt?

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

- 2.7.6.01 Hat die Praxis eine Vorlage für Medikamentenpläne?
- 2.7.6.02 Gibt es Kriterien, die bestimmen, an welche Patienten Medikamentenpläne abgegeben werden?

Alle KG enthalten eine Diagnose- oder Problemliste. Darin sind auch relevante externe Befunde

2.7.7 vermerkt.

- 2.7.7.01 Enthält die KG eine Diagnose- oder Problemliste?
2.7.7.02 Sind darin relevante externe Befunde vermerkt?

2.7.8 Die Praxis fördert das Selbstmanagement der Patienten

- 2.7.8.01 Setzt das die Ärztin/der Arzt bzw. das Team Massnahmen zum Selbstmanagement der Patienten um?
2.7.8.02 Stellt das die Ärztin/der Arzt bzw. das Team sicher, dass die getroffenen Massnahmen aktueller Evidenz und Best Practice entsprechen?

2.8 Patientenbefragung

Eine validierte Patientenbefragung wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt und die

2.8.1 Auswertung liegt der Praxis vor.

- 2.8.1.01 Wurde in den letzten 24 Monaten eine validierte Patientenbefragung durchgeführt und liegt die Auswertung der Praxis vor?

**Konkrete Verbesserungsmassnahmen sind aus der Patientenbefragung abgeleitet und sind
2.8.2 dokumentiert.**

2.8.2.01 Sind konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Patientenbefragung abgeleitet und dokumentiert?

2.8.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Patientenerfahrung wurde überprüft.

2.8.3.01 Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Patientenerfahrung überprüft?

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?

3.2.2 Alle Mitarbeitenden haben eine Stellenbeschreibung

3.2.2.01 Haben Mitarbeitende eine Stellenbeschreibung?

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?

3.2.3.03 Wurde das Gespräch schriftlich dokumentiert?

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?

3.2.5 Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer MPA in ihre Arbeitsgebiete

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

3.2.6 Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärztinnen in ihre Arbeitsgebiete

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

3.2.7 Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung weiteren medizinischen Personals

3.2.7.01 Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung weiteren medizinischen Personals?

3.2.8 Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften

3.2.8.01 Gibt es ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften?

3.3 Aus- und Weiterbildung

3.3.1 Die Praxis engagiert sich für Ausbildung und/oder Lehre

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

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

3.3.2.01 Nehmen Ihre MPA an professionell moderierten QZ teil?

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

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?

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?

3.4.3 Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch

- 3.4.3.01 Liegt zu den Teamsitzungen im Voraus eine Traktandenliste vor?
- 3.4.3.02 Liegt zu den Sitzungen ein Protokoll vor?
- 3.4.3.03 Finden die Sitzungen regelmässig statt?

3.5 Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur

Eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt, und die Auswertung liegt der Praxis vor.

3.5.1.01 Wurde innerhalb der letzten 24 Monate eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur mit Auswertung durchgeführt?

Konkrete Verbesserungsmassnahmen wurden aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet und sind dokumentiert.

3.5.2.01 Wurden konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet und dokumentiert?

3.5.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Sicherheitskultur wurde überprüft.

3.5.3.01 Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Sicherheitskultur überprüft?

4 Koordination mit Externen

4.1 Überweisungen und Aufträge

4.1.1 Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis Ihrer Preferred Provider.

- 4.1.1.01 Wurde das Verzeichnis von der Praxis erstellt oder angepasst?
- 4.1.1.02 Wird das Verzeichnis von der Praxis regelmässig überprüft?
- 4.1.1.03 Enthält das Verzeichnis neben weiteren medizinischen Leistungserbringern auch weitere für die Versorgung wichtige Kontakte, etwa zu Sozialdiensten, Selbsthilfegruppen o.Ä.?

Informationen, die zur Fortführung der Behandlung notwendig sind, werden rechtzeitig, vollständig und gut leserlich an Mit- oder Weiterbehandelnde übermittelt

- 4.1.2.01 Können alle Elemente einer KG zeitnah versandt werden?
- 4.1.2.02 Werden Rezepte und Medikamentenpläne elektronisch ausgestellt?

Die Praxis fördert die einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von

4.1.3 Untersuchungsüberweisungen

4.1.3.01 Fördert die Praxis einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Untersuchungsaufträgen?

4.1.4 Die Praxis fördert evidenzbasierte und nicht-defensive Überweisungspraktiken.

4.1.4.01 Fördert die Praxis evidenzbasierte und nicht-defensive Überweisungspraktiken?

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

4.1.5 wechseln möchte oder für den Fall, dass die Praxis einen Patienten nicht mehr behandeln möchte.

- 4.1.5.01 Gewährleistet das Verfahren, dass die Ärztin, die den Patienten abgibt, die KG vollständig weitergibt?
- 4.1.5.02 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?

4.2 Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden

4.2.1 Die Praxis verfolgt Untersuchungsaufträge nach

- 4.2.1.01 Verfolgt die Praxis Untersuchungsaufträge nach?

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

4.2.2 gesichtet werden

- 4.2.2.01 Hat die Praxis Kriterien anhand derer die Dringlichkeit einer Sichtung geregelt wird?
- 4.2.2.02 Ist die Sichtung mit Visum oder elektronischem Marker sichergestellt?
- 4.2.2.03 Hat die Praxis eine Stellvertreterregelung für die Sichtung von Befunden?

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

4.2.3 Ergebnisse getroffen wurden

- 4.2.3.01 Dokumentiert die Praxis, welche Massnahmen (z.B. Wiedereinbestellung) aufgrund der eingegangenen Ergebnisse getroffen wurden

4.3 Austausch mit Mitbehandelnden

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

- 4.3.1.01 Treffen sich Mitarbeitende der Praxis mit lokalen Leistungserbringern und/oder Preferred Providern?

4.3.2 Die Praxis dokumentiert Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder

- 4.3.2.01 Dokumentiert die Praxis Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder?

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
- 5.1.1.07 Klärt das Konzept, wie im Fall einer Nadelstichverletzung vorzugehen ist?

5.1.2 Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden.

- 5.1.2.01 Gibt es in allen Behandlungsräumen Desinfektionsmittel?
- 5.1.2.02 Gibt es hygienische Vorrichtungen zum Trocknen der Hände auf allen Toiletten?
- 5.1.2.03 Gibt es in allen Toiletten Desinfektionsmittel?

5.1.3 Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss

- 5.1.3.01 Verfügt die Praxis über geeignete Behälter zur Entsorgung infektiösen Materials überall dort, wo solches anfällt?
- 5.1.3.02 Verfügt die Praxis über geeignete Behälter zur Entsorgung scharfer Gegenstände an allen Orten, wo diese benutzt werden?
- 5.1.3.03 Stellt die Praxis sicher, dass Sonderabfälle separat entsorgt und nicht mit dem Hauskehricht abgegeben werden?

5.2 Management kritischer Ereignisse**5.2.1 Die Praxis hat ein Verfahren, das es Patienten ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen.**

- 5.2.1.01 Hat die Praxis ein Verfahren, das es Patienten ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen?

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

- 5.2.2.01 Dokumentiert die Praxis Beschwerden von Patienten oder andern Leistungserbringern?
- 5.2.2.02 Bespricht die Praxis Beschwerden von Patienten und anderen Leistungserbringern?
- 5.2.2.03 Leitet die Praxis Massnahmen aus den Besprechungen von Beschwerden ab?

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

- 5.2.3.01 Dokumentiert die Praxis kritische Ereignisse?
- 5.2.3.02 Bespricht die Praxis kritische Ereignisse zeitnah?
- 5.2.3.03 Analysiert die Praxis kritische Ereignisse interprofessionell?
- 5.2.3.04 Leitet die Praxis Massnahmen aus den Besprechungen von kritischen Ereignissen ab?
- 5.2.3.05 Hat das Team ein Verfahren zur Kommunikation mit Patienten im Fall kritischer Ereignisse?

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?

5.3 Notfallmanagement**5.3.1 Die Praxis hat ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle**

- 5.3.1.01 Hat die Praxis ein Notfallkonzept für medizinische Notfälle?

Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis haben im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen.

- 5.3.2.01 Haben mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Praxis im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen?

5.4 Qualitätsentwicklung und Qualitätspolitik**5.4.1 Die Praxis hat eine Qualitätsverantwortliche**

- 5.4.1.01 Hat die Praxis eine Qualitätsverantwortliche?

Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem alle Mitarbeitenden bezüglich Neuerungen in qualitäts- und**5.4.2 sicherheitsrelevanten Abläufen, informiert werden**

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

Die Praxis trifft Massnahmen, die helfen, die Implementierung qualitäts- und sicherheitsrelevanter**5.4.3 Regeln im Team zu gewährleisten**

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

Erläuterungen zu den EQUAM Standards

Code Erläuterung

- 1.1.1.03 Bei diesem Indikator wird auch beurteilt, wie damit umgegangen wird, wenn Patient:innen u.U. medizinische Information über diesen ungeschützten Kanal mit der Praxis austauschen.
- 1.1.1.07 Ein Routenplaner (z.B. von Google Maps) erfüllt dieses Kriterium.
- 1.1.1.08 Ein Routenplaner (z.B. von Google Maps) erfüllt dieses Kriterium.
- 1.1.4.01 Ist der Raum genug gross, ordentlich, mit guten Sitz- und Essgelegenheiten ausgestattet und hell und ist sicher, dass Patienten dort keine Gespräche mithören können?
- 1.1.5 Die Fluchtwege der Praxis müssen frei sein; Grosse Praxen oder solche, die in komplizierten Gebäuden situiert sind, sollten einen Fluchtplan aushängen haben.
- 1.2 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 Blutdruckmessgeräte werden alle zwei Jahre von einer kompetenten Stelle kalibriert. Idealerweise ist das Labor SAS-akkreditiert; Die Wartung von Laborgeräten, Defibrillatoren (inkl. Funktionskontrolle) und Feuerlöscher gemäss Herstellerangaben ist gewährleistet; Die Zustandsprüfung der Röntgenanlage erfolgt gemäss Herstellerangaben und durch eine vom Bundesamt für Gesundheit bewilligte Stelle. Die jährliche Konstanzprüfung durch eigenes oder das Dienstpersonal ist gewährleistet; Die Praxis führt interne und externe Laborkontrollen gemäss den QUALAB Vorgaben durch.
- Die Auditor:in prüft die Aktualität der Wartung der Blutdruckmessgeräte, Laborgeräte, Röntgenanlage, Defibrillatoren, Sterilisatoren und Feuerlöscher.
- 1.2.1.01 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.
- 1.2.1.02 Aktuell bedeutet bei diesem Indikatoren eine Kalibrierung nicht älter als zwei Jahre.
- 1.2.1.03 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
- 1.2.1.04 Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.
- 1.2.1.05 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 kein eigenes Röntgenanlage betreibt.
- 1.2.1.06 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 alt ist.
- 1.2.1.07 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>
- 1.2.1.08 Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.

- 1.2.1.09 Das Verfahren muss gewährleisten, dass der Sterilisator gemäss Herstellerangaben gewartet wird.
- 1.2.1.10 Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.
- 1.2.1.11 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.
- 1.2.1.12 Schriftliche Nachweise über die Wartung reichen aus.
- 1.2.1.13 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.
- 1.2.1.14 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.
- 1.2.2 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 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 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.
- 1.2.5 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.
- 1.2.6 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. Bezüglich galenischer Form und weiteren Details in Bezug auf die zu kontrollierten Medikamente ist die entsprechende Liste der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR vom 10.7.2019 massgebend. Download unter: https://www.fmh.ch/files/pdf23/plrw_dak_notfallausrustung_deutsch.2019.pdf Bei Kinderarztpraxen richtet sich die Medikation im Notfalkoffer nach den Empfehlungen von Staubli, G. (2012): Was gehört in den pädiatrischen Notfalkoffer? Download unter: <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/70944/1/StaubliG1,2012.pdf>
Es wird stichprobenmässig ein Notfall-Set kontrolliert.
- 1.2.7.01 Bei Pädiatriepraxen ist dies kein Mindestkriterium und dort darf vom Auditor "Nicht relevant" angewählt werden.
- 1.2.6.01 z.B. Adrenalin IMS Minijet Braun, Adrenalin Amp Bei Pädiatrie: Ampullen.
- 1.2.6.02 Nicht relevant bei Pädiatrie
Obwohl Atropin schon seit einiger Zeit nicht mehr für die Reanimation gebraucht wird, wird es weiterhin bei der Bradykardie und schweren vaso-vagalen Reaktionen verwendet.
- 1.2.6.03 z.B. Betametason, Celestone, Dexametason, Depo Medrol, Prednisolut, Solu Medrol Bei Pädiatrie: Prednison i.v.
- 1.2.6.04 Nicht relevant bei Pädiatrie
z.B. Diazepam, Dormicum, Lorazepam, Midazolam, Stesolid, Temesta, Valium
- 1.2.6.05 Nicht relevant bei Pädiatrie
- 1.2.6.06 Nicht relevant bei Pädiatrie
z.B. Corangin Nitro, Iso Mack, Isoket, Nitroglycerin, Sorbidilat, Nitrospray
- 1.2.6.07 z.B. Berodual, Berotec, Bricanyl, Ecovent, Foradil, Oxis, Pulmicort, Symbicort, Salbutamol, Ventolin, Ventodisk Bei Pädiatrie: Salbutamol Dosieraerosol
- 1.2.6.08 Nicht relevant bei Pädiatrie
z.B. Morphium, Morphinsulfat

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

Bei Pädiatrie: Clemastin i.v. Ampullen (Tavegyl)

1.2.6.10 Nicht relevant bei Pädiatrie

z.B. Flurosemid, Lasix, Torem, Oedemex

1.2.6.11 Nicht relevant bei Pädiatrie

z.B. Aspirin, Aspégic

1.2.6.12 Nicht relevant bei Pädiatrie

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

1.2.6.13 Nur bei Pädiatriepraxen

1.2.6.14 Nur bei Pädiatriepraxen

1.2.6.15 Nur bei Pädiatriepraxen

1.2.6.16 Nur bei Pädiatriepraxen

2.4.1 Wichtige Hinweise zum Datenschutz in der Arztpraxis können hier gefunden werden:

<https://www.edoeb.admin.ch/edoeb/de/home/datenschutz/gesundheit/erlaeuterungen-zum-datenschutz-in-der-arztpraxis.html>.

Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, müssen mindestens die Indikatoren 2.4.1.01 bis 2.4.1.05 als erfüllt beurteilt werden.

2.4.1.05 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.

2.4.1.06 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.

2.4.1.07 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.

2.4.1.10 Zeitpunkt und Autorschaft müssen dokumentiert sein

2.4.3 Die Auditor:in wird hier darauf achten, ob es zumutbare Massnahmen gibt, welche die Diskretion am

2.4.4.01 Gibt es Verfahren / Anleitungen, die beschreiben wie Patient:innen bei Bedarf das vollständiges Dossier erhalten können? Hätten die Patient:innen alle Daten in der Hand, also sowohl Untersuchungsergebnisse

2.4.5.01 Kann mittels Datum und Autorschaft bei einer zufälligen Stichprobe Nachverfolgbarkeit nachgewiesen

2.4.6.01 Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn andere Patient:innen zumindest nicht erfahren, mit welchem Anliegen eine Patient:in in die Praxis kommt.

2.4.7.01 Kann mittels Datum und Autorschaft bei einer zufälligen Stichprobe Nachverfolgbarkeit nachgewiesen werden?

2.5.1 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.

2.5.1.01 Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn MPAs eine zuständige Person und Inhalte, die den Patienten mitgeteilt werden, angeben können.

2.5.1.02 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.

- 2.5.1.03 Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn MPAs eine zuständige Person angeben können.
- 2.5.10 Die Praxis hat geklärt, in welchen Fällen Freunde oder Familienangehörige nicht mit Übersetzungsdiensten betraut werden; Teammitglieder wissen voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können; Die Praxis hat Kriterien, die klären, in welchen Fällen professionelle Dolmetscherdienste herangezogen werden.
- 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.
- 2.5.10.0 Idealerweise würden sämtliche Dolmetschdienste durch Profis erbracht. Da dies in der Praxis aus
- 1 organisatorischen und Kostengründen oft nicht möglich ist, braucht es hier eine bewusste Entscheidung der Praxis, in welchen Fällen man auf Telefon- oder anwesende Dolmetscher zurückgreifen will. Dabei sollte auf Folgende drei Punkte geachtet werden:
 - Hat die Praxis eine Regelung, die klärt, in welchen Fällen Freunde oder Familienangehörige nicht mit Übersetzungsdiensten betraut werden?
 - Wissen die Teammitglieder voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können?
- 2.5.2 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.
- 2.5.2.01 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.
- 2.5.2.02 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.
- 2.5.3.01 Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn Mitarbeitende der Praxis Kriterien nennen kann.
- 2.5.5 Für eine eindeutige Identifikation müssen zumindest Name, Vorname und Geburtsdatum abgefragt werden. Diese Angaben müssen mit der KG / Agenda überprüft werden.
 - 2.5.6 Das Team hat eine Haltung zu der Frage, wie die Würde der Patient:innen bei körperlichen Untersuchungen gewahrt wird. Es wurde etwa diskutiert, wie bei bestimmten Untersuchungen (z. B. Ergometrien) sichergestellt wird, dass Patient:innen über den Ablauf aufgeklärt werden, ihr Einverständnis eingeholt wird, die Untersuchung in einem geschützten Rahmen stattfindet etc.
 - 2.5.7 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.
- 2.5.7.02 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.
- 2.5.8.01 z.B. wenn gewisse Ärzte Säuglinge nicht behandeln.
- 2.5.8.03 z.B. Röntgen bei jungen Frauen, Frage nach Schwangerschaft
- 2.6.1.01 Es ist die Praxis, die hier entscheiden muss, welche Patienten sie wann informiert.
- 2.6.2 Die Nachfrage sollte auch dokumentiert sein, wenn keine Allergien etc. bekannt sind; Alle KGs enthalten Informationen zu Bewegung und Ernährung, bei Jugendlichen und Erwachsenen zudem den Alkohol- und Nikotinkonsum; Die Nachfrage sollte auch dokumentiert sein, wenn kein problematischer Alkohol- oder Nikotinkonsum vorliegt.
- 2.7.1 Bei grossen Praxen braucht es eine schriftliche Checkliste oder gemeinsame Eingabemaske.
- 2.7.1.01 bei grossen Praxen ist eine schriftliche Checkliste oder eine gemeinsame Maske vorzuweisen.
- 2.7.2 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.

- 2.7.2.01 v.a. für grosse Praxen wichtig, für kleine aber ggf. auch relevant, wenn MPA teilweise diese Funktion übernehmen.
- 2.7.3 z. B. Aktionspläne für Asthmatiker:innen, COPD- Patient:innen, Herzinsuffizienz- Patient:innen, Hypogefahr bei Diabetes
- 2.7.3.01 z. B. Aktionspläne für Asthmatiker, COPD-Patienten, erzsuffizienz-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.
- 2.7.3.01 z. B. Neurodermitis, Asthma-Behandlungsplan, Fernsehkonsum, Süssigkeiten-Konsum, Sportverein.
- 2.7.5 Das Verfahren muss die Visierung der Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente sowie die mindestens jährliche Überprüfung der Indikation gewährleisten.
- 2.7.6.02 Wichtig sind solche Pläne für Chroniker, polymorbide oder anderweitig komplexe Patienten. Ein gutes Kriterium kann z.B. die Dauermedikation sein.
- 2.8.1.01 Die Auswertung der Befragung muss der Auditor:in vorliegen und/oder beim Auditbesuch gemeinsam angeschaut werden.
- 2.8.2.01 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.
- 2.8.3.01 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.
- 3.2.1.01 Wird ein Verfahren beschrieben? Bei Ärzten: Überprüfung im Medizinalberuferegister
- 3.2.2.01 Ja, wenn ein Beispiel gezeigt werden kann einer MPA und eines Arztes
- 3.2.3 Zum Personalgespräch sollte ein schriftlicher Bericht vorhanden sein. Im Personalgespräch sollte das Thema Fortbildung thematisiert werden.
- 3.2.4 z.B. im Rahmen von Team-Events
- 3.2.5 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.5.01 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig
- 3.2.6 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.6.01 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.7 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.7.01 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.8 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.
- 3.2.8.01 Eine schriftliche Checkliste ist notwendig
- 3.3.1 Etwa in der Ausbildung, Organisation von Weiterbildungen für internes oder externes Personal
- 3.3.1.01 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 Ein schriftlicher Nachweis ist nötig.
- 3.3.2.01 Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig.
- 3.3.2.02 Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig.
- 3.4.1 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.
- 3.4.1.01 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. Ja, wenn konkrete Beispiele genannt und Dokumentationen der Diskussion (etwa in Form eines KG Eintrages, einer Notiz, eines Protokolls) vorgewiesen werden können.

- 3.4.2 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.
- 3.4.2.01 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.
- 3.4.3.01 Dieser Indikator gilt als erfüllt, wenn z.B. eine Traktandenliste gezeigt werden kann.
- 3.4.3.03 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 dieser Indikator nicht erfüllt.
- 3.5.1.01 Bei Praxen mit weniger als 10 Mitarbeitenden wird dieser Indikator nicht überprüft. Allerdings ist auch dort die Sicherheits- und Lernkultur ein wichtiges Thema.
- 3.5.2 Dieser Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmassnahmen welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden.
- 3.5.2.01 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.
- 3.5.3.01 Nicht relevant, wenn keine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur gemacht wurde. Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte mit einer erneuten Mitarbeitendenbefragung nach 12-24 Monaten geprüft werden.
- 4.1.1 Das Verzeichnis soll sicherstellen, dass die Praxis Aufträge an Leistungserbringer:innen vergibt, mit denen eine gute und vertrauensvolle Kooperation besteht. Das Verzeichnis sollte regelmässig überprüft werden und idealerweise auch Kontakte zu Sozialdiensten, Selbsthilfegruppen etc. enthalten.
- 4.1.2.01 Insbesondere auch Ergebnisse externer Leistungserbringer.
- 4.1.3 Es werden z. B. Strukturen und Elemente von Aufträgen besprochen oder es gibt Vorlagen; nicht relevant in Einzelpraxen.
- 4.1.3.01 Ja, wenn Strukturen und Elemente von Überweisungsaufträgen besprochen wurden oder es Vorlagen oder Checklisten gibt. Nicht relevant in Einzelpraxen.
- 4.1.4 Beispiele: Die Praxis definiert Kriterien, die angeben, wann eine Untersuchung hinterfragt werden sollte; Die Praxis diskutiert den Umgang mit Patient:innen, die auf unnötigen Untersuchungen beharren; Die Praxis arbeitet mit Überweisungs-Guidelines.
- 4.1.4.01 Ja, wenn die Praxis z.B. Kriterien hat, die angeben, wann eine Überweisung hinterfragt werden soll (z.B. anhand Kriterien von Smarter medicine oder des Swiss Medical Forum), wenn die Praxis bespricht, wie mit Patienten, die unnötige Untersuchungen wollen, umgegangen wird oder wenn die Praxis mit Überweisungsguidelines arbeitet
- 4.2.1.01 Ja, wenn die Praxis dokumentiert, welche Anfragen sie verschickt und nachverfolgt, inwiefern Aufträge erfüllt wurden, etwa bei Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen u.Ä.
- 4.2.3.01 Ja, wenn die Auskunftsperson zeigen kann, wie sie den Zusammenhang z.B. zwischen einem Röntgenbild und einer Einbestellung dokumentiert.
- 4.3.1.01 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
- 4.3.2.01 Ja, wenn ein Beispiel gezeigt werden kann und wenn auch MPA Antworten dokumentieren.
- 5.1 Falls der Kunde bei diesem Punkt auf einen kürzlich stattgefunden habenden oder in Kürze stattfindenden Besuch des kantonalen Arbeitsinspektorats verweisen sollte, erläutert ihm der Auditierende, dass EQUAM gleichwohl die eigenen Standards überprüfen muss. In der Tat divergieren die kantonalen Anforderungen und Kontrollmechanismen. EQUAM muss hingegen dafür besorgt sein, dass seine Standards in der ganzen Schweiz identisch umgesetzt werden.

- 5.1.3 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 z.B. eine Nierenschale
- 5.2.1 Das kann ein Hinweis auf der Website, eine E-Mail-Adresse, ein Briefkasten oder ein Hinweis im Patient:innengespräch sein.
- 5.2.2.01 schriftlicher Nachweis notwendig
- 5.2.2.02 schriftlicher Nachweis notwendig
- 5.2.2.03 Ja, wenn Beispiele gegeben werden können
- 5.2.3 Kritische Ereignisse (=Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Patient:innen) werden dokumentiert und zeitnah und interprofessionell besprochen (Nachweis). Es werden Massnahmen abgeleitet. Ein Verfahren zur Kommunikation mit Patient:innen im Fall kritischer Ereignisse ist wünschenswert.
- 5.2.3.01 schriftlicher Nachweis notwendig
- 5.2.3.02 schriftlicher Nachweis notwendig. Besprechung spätestens 1 Monat nach Ereignis.
- 5.2.3.05 Vorweis mind. 1 Protokolls oder Beschreibung des Verfahrens wenn kein Fall vorhanden. Auseinandersetzung und Verschriftlichung anregen.
- 5.3.1 Beispielsweise ein Merkblatt, welches das Vorgehen klärt und wichtige Telefonnummern aufweist.
- 5.3.1.01 Es reicht z.B. ein Merkblatt, welches das Vorgehen bei medizinischen Notfällen klärt, wichtige Telefonnummern aufweist etc. Man sollte sehr schnell darauf zugreifen können.
- 5.3.2 Ein schriftlicher Nachweis ist notwendig, z. B. als Teilnahmebestätigung, Zertifikat etc. 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.
- 5.3.2.01 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.
- 5.4.1 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 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 nur für grosse Praxen relevant
- 5.4.2.01 nur für grosse Praxen relevant
- 5.4.3 nur für grosse Praxen relevant
- 5.4.3.01 Nur für grosse Praxen relevant, insbesondere wichtig bei mehreren Standorten. Beispiele: Überprüfung der Händehygiene, Dokumentation von CIRS, etc. Sensibilisierung zum Datenschutz etc.