

## EQUAM Zertifizierung

### «Koordinierte Versorgung - Zertifizierte Qualität»

April 2022 (Pilotversion v5.1)

#### Übersicht Standards <sup>1</sup>

Domäne	Nr.	Standard	v 4
<b>1. Effektivität und Patientensicherheit</b>	1.1	*Aktualisierte klinische Guidelines	5.1
	1.2	*Medizinische Entscheidungsfreiheit der Ärzt:innen	9.1
	1.3	*Mindestens 6 Qualitätszirkel pro Jahr (Hausärzte)	2.1 - 2.3
	1.4	Mindestens 4 Qualitätszirkel pro Jahr (Spezialärzte und Pädiater)	2.1 - 2.3
	1.5	Einhaltung von Standards für die Qualitätszirkel	2.6 - 2.8
	1.6	*Critical Incident Reporting als Teil des Qualitätszirkel-Konzepts	2.4
	1.7	Critical Incident Reporting System	2.4
<b>2. Patientenzentriertheit</b>	2.1	Aktualisiertes Patienteninformationsmaterial	5.1-5.2
	2.2	Elektronischer Informationsaustausch	-
	2.3	*Mindestens 4 interaktive Qualitätszirkel (MPAs)	2.5
	2.4	Analyse und Optimierung von externen Leistungen	3.1
	2.5	Förderung von Chronic Care Management	4.1 - 4.2
	2.6	Erhebung der Patientenerfahrung zur Versorgungskoordination	-
	2.7	Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern	-
	2.8	Richtlinien und Supportmaterial zu Shared Decision-Making	-
<b>3. Effizienz</b>	3.1	*Koordinierte Versorgung im Organisationsleitbild	1.1
	3.2	*Beschreibung des Managements koordinierter Versorgung	1.2.
	3.3	Teilnahme an Multicenter-Datenbanken für Versorgungsoptimierung	-
	3.4	Förderung der Teilnahme an Forschungsprogrammen	11.1
	3.5	Vertiefte Nutzung von Daten zum Zweck der Qualitätsentwicklung	-
	3.6	Öffentlich zugängliche Qualitätskennzahlen	-
	3.7	Standards zur Qualität von Überweisungsschreiben	-
<b>4. Zugang zu Qualität</b>	4.1	*Zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem der medizinischen Leistung	*
	4.2	*Unabhängige Ombudsstelle	6.1
	4.3	Anlaufstelle für Patient:innen mit besonderen Bedürfnissen	-

<sup>1</sup> Mit einem Asterisk (\*) gekennzeichnete Standards gelten als obligatorische Mindestkriterien. Indikatoren werden ohne Gewichtung erfasst, d.h. für jeden erfüllten Standard wird ein Punkt vergeben, für teilweise erfüllte Standards 0.5 Punkte. Für die Vergabe eines Zertifikats müssen mindestens 60% der maximal möglichen Punktzahl erreicht werden (d.h. bei 25 Standards müssen zusätzlich zu den 9 Mindestkriterien mindestens **6 weitere Punkte vollumfänglich erfüllt, oder eine grössere Anzahl teilweise erfüllt werden**).

# EQUAM Standards Koordinierte Versorgung

September 2021 (v5.01)

## 1. Effektivität und Patientensicherheit

<b>*1.1</b>	<b>Aktualisierte klinische Guidelines</b>
	Die Organisation erlässt Empfehlungen, der von ihren Leistungserbringern zu verwendenden klinischen Guidelines für mindestens fünf verschiedene Diagnosen, darunter Diabetes Typ 2 und Hypertonie. Sie macht die aktuelle Version der Guidelines den Leistungserbringern auf eine einfache Weise zugänglich.
Prüfung	Review der Guidelines und deren Zugänglichkeit während des Voraudits.
Erläuterung	Klinische Guidelines sind Handlungsleitlinien für Diagnostik, Therapie und Betreuung in definierten Diagnosen, auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz.
<b>*1.2</b>	<b>Medizinische Entscheidungsfreiheit der Ärzt:innen</b>
	Die medizinische Entscheidungsfreiheit der ärztlichen Leistungserbringer wird durch die Organisation gewährleistet. Nur praktizierende Ärzte haben Weisungsbefugnis.
Prüfung	Schriftliche Garantie der ärztlichen Souveränität und Entscheidungsfreiheit, z.B. im Arbeitsvertrag, einem Addendum, Partnerschaftsvertrag oder in den Organisationsregeln.
Erläuterung	
<b>*1.3</b>	<b>Mindestens 6 Qualitätszirkel pro Jahr (Hausärzte)</b>
	Die hausärztlichen Leistungserbringer der Organisation sind dazu verpflichtet, an mindestens 6 Qualitätszirkeln pro Jahr teilzunehmen und die Teilnahme wird kontrolliert.
Prüfung	Dokumentation der Teilnahmestatistik während des Auditbesuchs. In der Dokumentation muss ersichtlich sein, wer das Ziel von 6 Teilnahmen nicht erreicht hat.
Erläuterung	Wenn weniger als 80% der Hausärzte in den vergangenen 12 Monaten an mindestens 6 Qualitätszirkeln teilgenommen haben, gilt dieser Indikator als «teilweise» erfüllt. Eine Zertifizierung wird in diesem Fall nur mit Auflage vergeben.
<b>1.4</b>	<b>Mindestens 4 Qualitätszirkel pro Jahr (Spezialärzte und Pädiater)</b>
	80% der pädiatrischen und spezialärztlichen Leistungserbringer der Organisation nehmen an mindestens 4 Qualitätszirkeln pro Jahr teil.
Prüfung	Dokumentation der Teilnahmestatistik während des Auditbesuchs.
Erläuterung	Es handelt sich bei Ärztenetzen um deren Mitglieder. Die QZ müssen nicht Organisations-Intern sein.

**1.5 Einhaltung von Standards für die Qualitätszirkel**

Die Qualitätszirkel an welcher die Leistungserbringer (Hausärzte, Spezialärzte, Pädiater, MPA) teilnehmen, haben die von der Interessensvereinigung "Forum für Qualitätszirkel" empfohlenen Charakteristika.

Prüfung Prüfung anhand des Auditgesprächs und vorgelegter Dokumentation.

- 1.5.1 Gruppengrösse: 6 bis 15 gleichberechtigte Teilnehmer
- 1.5.2 Autonomie bezüglich Themensetzung und Vorgehen
- 1.5.3 Ausgebildete Moderatoren für Qualitätszirkel
- 1.5.4 Wiederkehrende Treffen entsprechend Zielerreichung
- 1.5.5 Definierter Teilnehmerkreis
- 1.5.6 Qualitätszirkel entscheiden über angemessene Form der Dokumentation
- 1.5.7 Themenzentriertes Arbeiten unter Verwendung von vielfältigen didaktischen Methoden
- 1.5.8 Strukturiertes Arbeiten entlang PDCA-Zyklus («Plan-Do-Check-Act»-Zyklus)

Erläuterung Dieser Standard gilt als «teilweise erfüllt», wenn die Qualitätszirkel mindestens die Hälfte der aufgelisteten Charakteristika haben.

Quelle: <https://www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-in-der-praxis/qualitaetszirkel/charakteristika-qz.html>

**\*1.6 Critical Incident Reporting als Teil des Qualitätszirkel-Konzepts**

Das Qualitätszirkel-Konzept, welches allen Moderatoren und Teilnehmern aktiv kommuniziert wird und frei zugänglich ist, enthält eine Methode zur aktiven Einbindung des Reportings und der Analyse von Critical Incidents in die Qualitätszirkel.

Prüfung Überprüfung des entsprechenden Konzepts und Erläuterung während des Audit-Besuchs.

Erläuterung Es ist nicht vorgeschrieben, dass während jedem Qualitätszirkel unerwünschte Ereignisse besprochen werden. Empfehlung: Nebst der Diskussion und Analyse von unerwünschten Ereignissen während Qualitätszirkeln sollte auch das Thema der optimalen Methode für CIRS von Zeit zu Zeit thematisiert werden.

**1.7 Critical Incident Reporting System (CIRS)**

Die Organisation stellt den Leistungserbringern ein funktionierendes Critical Incident Reporting System zur Verfügung, welches eine Analyse zum Erkenntnisgewinn oder Empfehlungen für Massnahmen beinhaltet.

Prüfung Demonstration und Erläuterung des Systems während des Auditbesuchs, inklusive Teilnahmestatik der Leistungserbringer.

Erläuterung Teilnahme an einem Organisations-Übergeordneten System ist ebenfalls möglich. Die Organisation sollte aber eine Teilnahmestatik ihrer Leistungserbringer erheben um die tatsächliche Nutzung des Systems zu überprüfen und zu fördern.

## 2. Patientenzentriertheit

<b>2.1</b>	<b>Aktualisiertes Patienteninformationsmaterial</b>
	Die Organisation stellt Ihren Leistungserbringern und deren Kunden eine Auswahl von relevantem und aktuellem Informationsmaterial zur Verfügung (in digitaler und gedruckter Form), inklusive Information zum Selbst-Management bei chronisch Kranken.
Prüfung	Durchsicht des Informationsmaterials in digitaler und gedruckter Form vor- und während des Auditbesuchs.
Erläuterung	Alle nicht-gedruckten Informationen (Online-Text, Videos, Apps, Audiomaterial) zählen als «digitale Form».
<b>2.2</b>	<b>Elektronischer Informationsaustausch</b>
	Mindestens 80% der Leistungserbringer sind technisch so eingerichtet, dass andere Gesundheitsfachleute und die Patienten selbst, mit Einwilligung, elektronisch Zugriff auf ausgewählte medizinische Daten des Patienten erhalten können.
Prüfung	Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.
Erläuterung	Ein Zugriff auf die Patienten-Dokumente (Elektronisches Patientendossier EPD) sowie andere Formen des automatisierten Informationsaustausches werden akzeptiert. Falls ausschliesslich Information über die Medikation ausgetauscht wird, wird dieser Standard «teilweise» erfüllt.
<b>*2.3</b>	<b>Mindestens 4 interaktive Qualitätszirkel (MPAs)</b>
	Mindestens 80% aller Medizinischen Praxisassistent:innen der Organisation nehmen an 4 Qualitätszirkeln (oder mehr) pro Jahr teil.
Prüfung	Dokumentation der Teilnahmestatistik während des Auditbesuchs. In der Dokumentation muss ersichtlich sein, wer das Ziel von 4 Teilnahmen nicht erreicht hat.
Erläuterung	Wenn weniger als 80% der MPAs in den vergangenen 12 Monaten an mindestens 4 Qualitätszirkeln teilgenommen haben, gilt dieser Indikator als «teilweise» erfüllt. Eine Zertifizierung wird in diesem Fall nur mit Auflage vergeben. Für Ärztenetze: Von mindestens 80% der Praxen nimmt mindestens eine MPA an einem QZ teil. Rein Praxisinterne QZs werden dabei nicht angerechnet.
<b>2.4</b>	<b>Analyse und Optimierung von externen Leistungen</b>
	Es findet eine Analyse und Optimierung der Abwicklung externer Leistungen statt.
Prüfung	Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs
Erläuterung	Die Analyse kann eine organisationsweite Auswertung der Überweisungen zu externen Leistungserbringern, den Einsatz von Fallbesprechungen, von Spitallisten, Anbieterlisten und entsprechende Spezialverträgen beinhalten. Eine Möglichkeit ist auch die Verwendung einer Messgrösse für 'Continuity of Care', z.B. Anzahl verschiedener Leistungserbringer im Verhältnis zur Gesamtzahl der Konsultationen, Wechsel unter externen Versorgern.

**2.5 Förderung von Chronic Care Management**

Die Organisation betreibt eine aktive Förderung des Chronic Care Managements in mindestens einer der folgenden Punkte:

2.5.1 Strukturierte Disease-Management Programme (mindestens zwei Programme, zum Beispiel Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheiten, COPD, Asthma, Herzinsuffizienz) mit Anzahl Teilnehmer

2.5.2 Strukturierte Massnahmen im Bereich der Medikationssicherheit bei mindestens 50% aller Leistungserbringer

2.5.3 Projekte der vertieften Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Patientenorganisationen

2.5.4 Förderung des Einsatzes von Assessment-Tools im Praxisbereich in den Bereichen Malnutrition, Demenz, Delir, Schmerz, Sturzgefahr, Polypharmazie, Übergewicht oder chronische Wunden mit Umsetzungsfeedback oder Statistik

Prüfung Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.

Erläuterung -

**2.6 Erhebung der Patientenerfahrung zur Versorgungskoordination**

Die Organisation erhebt die Erfahrung der Patienten ihrer Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Versorgungskoordination und leitet daraus Erkenntnisse und Massnahmen ab.

Prüfung Dokumentenaudit: Überprüfung des Auswertungsberichts

Erläuterung Dieser Standard kann beispielweise durch eine organisationsweite Sekundärauswertung von Fragen der EUROPEP Befragung erfüllt werden; auch andere Formen der Patientenbefragung sind möglich. Mit «Versorgungskoordination» ist insbesondere auch die Schnittstelle mit externen, vor- und nachgelagerten Leistungserbringern gemeint.

<b>2.7</b>	<b>Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern</b>
Prüfung	<p>Die Organisation unterhält eine strukturierte, interprofessionelle Zusammenarbeit mit externen Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsfachleuten.</p> <p>Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs. Wo angezeigt, Nachfrage und Diskussion mit Partner-Organisation(en).</p>
Erläuterung	<p>Dies beinhaltet Projekte der Zusammenarbeit mit Spitälern, Palliativ Institutionen, Spitex-Organisationen, Pflegeheimen, Spezialärzt:innen, Therapeut:innen, Apotheken, Pflegefachpersonen und Sozialdiensten. Nur langfristige und vertiefte Zusammenarbeit, welche die Effizienz der Schnittstellen fördern, werden berücksichtigt. Im Zweifelsfall kann der Standard als «teilweise erfüllt» gewertet werden.</p> <p>Beispiele der Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern beinhalten: Interprofessionelle Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, gemeinsame Versorgungsprogramme, gemeinsame Call-centers. Sowohl situations- wie auch indikationsbezogene Zusammenarbeit wird eingeschlossen.</p> <p>Die Diskussion während des Auditbesuchs sollte auch Fragen der Herausforderungen und der nicht-funktionierenden Aspekte beinhalten.</p>
<b>2.8</b>	<b>Richtlinien und Supportmaterial zu Shared Decision-Making</b>
Prüfung	<p>Die Organisation stellt Richtlinien und konkrete Instrumente zur Verfügung, um bei ihren Leistungserbringern Shared Decision Making zu fördern</p> <p><b>2.8.1</b> Richtlinien und Support zu Patientenverfügungen  <b>2.8.2</b> Monitoring des Anteils Patienten mit Patientenverfügung  <b>2.8.3</b> Richtlinien und Support zu Advance Care Planing  <b>2.8.4</b> Monitoring des Anteils Patienten mit Advance Care Planing  <b>2.8.5</b> Richtlinien und Support zu Organspenden  <b>2.8.6</b> Monitoring des Anteils Patienten mit Organspende-Entscheid  <b>2.8.7</b> Richtlinien und Support für andere Formen des Shared Decision-Making  <b>2.8.8</b> Monitoring des Anteils Patienten mit anderen Formen des Shared-Decision Making</p>
Erläuterung	<p>Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.</p> <p>Mit Support sind praktische Arbeitsinstrumente und/oder Schulungen gemeint, welche allen betroffenen Leistungserbringern zugänglich gemacht werden.</p> <p>Mindestens zwei Punkte müssen mit «Ja» beantwortet sein, damit der Standard als erfüllt gilt. Keine Möglichkeit von «teilweise erfüllt».</p>

### 3. Effizienz

<b>*3.1</b>	<b>Koordinierte Versorgung im Organisationsleitbild</b>
	Das Netz verfügt über ein schriftliches Leitbild (oder Vision oder Strategie), welches explizit auf die koordinierte oder integrierte Versorgung Bezug nimmt.
Prüfung	Einsicht in das Dokument vor dem Audit (Dokumentenaudit)
Erläuterung	Im Rahmen einer Re-Zertifizierung der Nachweis nicht mehr verlangt
<b>*3.2</b>	<b>Beschreibung des Managements koordinierter Versorgung</b>
	Die Koordinierung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Organisation und mit externen Leistungserbringern ist in schriftlichen Dokumenten beschrieben und geregelt.
Prüfung	Einsicht in die Dokumente vor dem Audit (Dokumentenaudit)
Erläuterung	Das Management der Koordinierten Versorgung kann Teil der allgemeinen Management-Dokumente sein (Funktionsbeschreibungen, Organigramm, Vergütungsreglement) oder es können separate, explizite Regeln und Konzepte zur koordinierten oder integrierten Versorgung vorgelegt werden. Bei Re-Zertifizierungen wird nur nach Änderungen gefragt.
<b>3.3</b>	<b>Teilnahme an Multicenter-Datenbanken für die Versorgungsoptimierung</b>
	Mindestens 25% der Leistungserbringer der Organisation lassen Versorgungsdaten in eine Multicenter-Datenbank einfließen.
Prüfung	Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.
Erläuterung	Nicht eingeschlossen sind Abrechnungsdaten, Critical Incident Reporting Systeme, obligatorische Krankheitsregister und andere gesetzlich vorgeschriebene Register und Datenbanken. Gezählt werden hingegen freiwillige Register, die FIRE-Datenbank und das elektronische Patientendossier.
<b>3.4</b>	<b>Förderung der Teilnahme an Forschungsprogrammen</b>
	Die Organisation hat Massnahmen in Kraft, welche die Teilnahme der Leistungserbringer an Forschungsprogrammen erleichtern oder einen Anreiz dafür setzen.
Prüfung	Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs und Vorlegen einer Statistik zur Teilnahme der Leistungserbringer an wissenschaftlichen Programmen.
Erläuterung	Die Förderung der Teilnahme am FIRE-Projekt oder anderen Datenbanken wird bei diesem Standard nur dann angerechnet, wenn es nicht bereits den alleinigen Grund zur Erfüllung des Standards 3.3. darstellt.

**3.5 Vertiefte Nutzung von Daten zum Zweck der Qualitätsentwicklung**

Die Organisation führt systematische, aggregierte Auswertungen von Daten zum Zweck der Qualitätsentwicklung durch und leitet aus den Erkenntnissen Verbesserungsmaßnahmen ab.

**3.5.1** Datenanalysen zur Fehl- und Überversorgung

**3.5.2** Datenanalyse zu Qualitätsindikator(en) im Zusammenhang mit Multi-Morbidität oder Chronic Care (inkl. Medikationssicherheit)

**3.5.3** Komplikationsstatistiken

**3.5.4** Organisationsweite Auswertung von patientenberichteten Daten (PROMs, PREMs)

**3.5.5** Organisationsweite Auswertung von Mitarbeiter-Befragungen, welche direkt mit Versorgungsqualität im Zusammenhang stehen, z.B. Sicherheitskultur

**3.5.6** Andere Datenanalysen für die Qualitätsentwicklung

Prüfung: Einsicht in die Auswertungsberichte vor dem Audit (Dokumentenaudit)

Erläuterung: Wichtig: Die Nutzung der Daten zur Qualitätsentwicklung muss über die Inhalte hinausgehen, die in den Standards 1.6, 1.7, 2.4, 2.6 und 2.8 erfasst werden.

Analysen können extern in Auftrag geben werden. Wichtig ist, dass es sich nicht nur um deskriptive Statistiken handelt, sondern dass auch konkrete Massnahmen abgeleitet werden.

Im Zweifelsfall kann der Standard als «teilweise Erfüllt» erfasst werden.

Beispiele (nicht abschliessend):

- Zu 3.5.1: Analyse der Daten zur Verschreibung von Benzos und Tranquilizer; Analysen zur Verschreibung von Tests und Interventionen welche auf der «Top 5» Liste von Smarter Medicine aufgeführt werden
- Zu 3.5.2: Analyse von Daten über die Häufigkeit des Screenings nach Stürzen oder Gleichgewichtsstörungen oder über die Häufigkeit, mit der Leistungserbringer Suchtverhalten und Lifestyle-Faktoren aktiv ansprechen; Diabetes-Care Indikatoren; Labor-Messwerte; Hospitalisationsrate im Zusammenhang mit anderen Faktoren (Interventionen, Leistungserbringer, Patientengruppen)
- Zu 3.5.3: Blutungen, Ulcera, Wundheilstörungen

**3.6 Öffentlich zugängliche Qualitätskennzahlen**

Qualitätskennzahlen zur Organisation sind auf einer Webseite öffentlich zugänglich.

Prüfung: Einsicht in die Veröffentlichung vor dem Audit (Dokumentenaudit)

Erläuterung: Zum Zeitpunkt des Pilots der EQUAM-Norm (v5.0) werden keine *spezifischen* Kennzahlen verlangt, da zurzeit diesbezüglich noch keine nationalen Richtlinien bestehen. Dieser Indikator wird zu gegebener Zeit aufgrund der Empfehlungen und Richtlinien der Eidgenössischen Qualitätskommission sowie aufgrund von Konsensus in Fachgesellschaften, Verbänden und Interessensgruppen aktualisiert.



	<p><b>3.7 Standards zur Qualität von Überweisungsschreiben</b></p> <p>Die Organisation hat schriftliche und überprüfbare Standards oder Vorlagen zur Qualität von Überweisungsschreiben. Mindestens einer der folgenden Punkte wird erfüllt:</p> <p><b>3.7.1</b> Standards/Richtlinien  <b>3.7.2</b> Vorlagen, welche eine klare Fragestellung, Diagnoseliste, Medikamentenliste und Kontaktangaben beinhalten  <b>3.7.3</b> Monitoring zum Einhalten der Standards durch die Leistungserbringer</p>
Prüfung	Einsicht in die Dokumente vor dem Audit (Dokumentenaudit)
Erläuterung	Einsicht in die Dokumentation und Statistiken vor dem Audit (Dokumentenaudit). Elemente der Standards und Vorlagen können die Fragestellung, Diagnoseliste, Medikamentenliste und Kontaktangaben betreffen. Wenn nur einer oder zwei der Punkte erfüllt sind, wird der Standard als «teilweise erfüllt» erfasst.

## 4. Zugang zu Qualität

<b>*4.1</b>	<b>Zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem für die medizinische Leistung</b>
	Mindestens zwei Drittel der ärztlichen Leistung der Organisation muss im Rahmen eines zertifizierten Qualitäts-Managements-Systems durchgeführt werden.
Prüfung	Abgleich der Liste von Leistungserbringern (inkl. Arbeitspensum) mit einem unabhängigen, öffentlichen Zertifizierungsverzeichnis (Dokumentenaudit)
Erläuterung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens zwei Drittel der ärztlichen Tätigkeit der Leistungserbringer, welche der Organisation angeschlossen sind bzw. unter deren Label auftreten, müssen entweder in einer zertifizierten Gesundheitseinrichtung erfolgen oder auf individueller Ebene zertifiziert sein.</li> <li>• Die ärztliche Tätigkeit wird in Vollzeitäquivalenten erfasst, d.h. Ärzte welche niedrigprozentig arbeiten fallen weniger ins Gewicht</li> <li>• Spezialärzt:innen und Kinderärzt:innen werden mitgezählt.</li> <li>• Zertifizierungen für die Behandlungsqualität einzelner Diagnose-Gruppen (Behandlungsqualität) und Medikationssicherheit werden angerechnet</li> <li>• Alle Qualitätszertifizierungen, welche die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) erfüllen werden angerechnet</li> </ul>
<b>*4.2</b>	<b>Unabhängige Ombudsstelle</b>
	Die Patienten der Leistungserbringer, welche der Organisation angeschlossen sind, sind informiert über die Möglichkeit, kostenlos von einer unabhängigen Ombudsstelle Gebrauch zu machen.
Prüfung	Einsicht in das Informationsmaterial vor dem Audit (Dokumentenaudit); Erläuterung zum Einsatz des Informationsmaterials während dem Auditbesuch. Falls es sich nicht um die Ombudsstelle der EQUAM-Stiftung handelt, muss zudem geprüft werden, ob eine qualitativ hochwertige, kostenlose Dienstleistung gewährleistet ist.
Erläuterung	Falls Zweifel darüber bestehen, ob das Informationsmaterial genügend Patienten erreicht, kann dieser Standard als «teilweise erfüllt» bezeichnet werden. Eine Zertifizierung folgt in solchen Fällen mit einer Auflage.

**4.3 Anlaufstelle für Patient:innen mit besonderen Bedürfnissen**

Die Organisation betreibt eine funktionierende Anlaufstelle, welche Patient:innen mit besonderen Herausforderungen oder sozialer Benachteiligung praktische Informationen oder konkrete Lösungen anbietet.

Prüfung

Test der Anlaufstelle durch eine Patientensimulation

Erläuterung

Die Anlaufstelle und das dazugehörige Informationsmaterial kann beispielsweise Auskunft, Erklärungen und Kontaktinformation anbieten für kostengünstige Dolmetscher-Dienste, Sozialberatung, IV-Stellen, Arbeitsvermittlungszentren (RAV), caritative Hilfsangebote der Gemeinde oder des Kantons und/oder andere soziale, psychologische oder spirituelle Unterstützung.