

1 Effektivität und Patientensicherheit**1 Effektivität und Patientensicherheit****1.1 Aktualisierte klinische Guidelines welche für die Leistungserbringer verbindlich sind**

- 1.1 — Die Organisation erlässt Empfehlungen zu von ihren Leistungserbringern zu verwendenden klinischen Guidelines für mindestens fünf verschiedene Diagnosen, darunter Diabetes und Hypertonie. Die aktuelle Version der Guidelines ist den Leistungserbringern auf eine einfache Weise zugänglich.

Kontrolle der Guidelines und deren Zugänglichkeit während des Voraudits.

Mindestkriterium

1.2 Medizinische Entscheidungsfreiheit der Ärzt:innen

- 1.2 — Die medizinische Entscheidungsfreiheit der ärztlichen Leistungserbringer wird durch die Organisation gewährleistet. Nur praktizierende Ärzte haben Weisungsbefugnis (Schriftliche Garantie z.B. im Arbeitsvertrag, einem Addendum, Partnerschaftsvertrag oder in den Organisationsregeln).

Einschränkungen des Leistungserbringer-Angebots von Seiten der nicht-praktizierenden Ärzte oder der Nichtärzte sind nur im Konsens mit den praktizierenden Ärzten zu finden. Die Verträge oder Regeln müssen festhalten, wie ärztliche Leistungserbringer bei einem vermuteten Bruch der Regel vorgehen können, ohne benachteiligt zu werden. Falls die Garantie in den Organisationsregeln festgehalten ist, muss während dem Audit dargelegt werden, wann und wie diese den Leistungserbringern kommuniziert werden.

Mindestkriterium

1.3 Mindestens 6 Qualitätszirkel pro Jahr (Hausärzte)

Anmerkung: In Pilot wurde die Minimale Anzahl jährlicher Qualitätszirkel von 8 auf 6 reduziert.

- 1.3 — 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. 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.

Mindestkriterium

1.4 Mindestens 4 Qualitätszirkel pro Jahr (Spezialärzte und Pädiater)

Es handelt sich bei Ärztenetzen um deren Mitglieder. Die QZ müssen nicht Organisations-Intern sein.

- 1.4 — 80% der pädiatrischen und spezialärztlichen Leistungserbringer der Organisation nehmen an mindestens 4 Qualitätszirkeln pro Jahr teil.

Prüfung: Dokumentation der Teilnahmestatistik während des Auditbesuchs. Es handelt sich bei Ärztenetzen um deren Mitglieder. Die QZ müssen nicht Organisations-Intern sein.

1.5 Einhaltung von Standards für die Qualitätszirkel

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

Dieser Indikator gilt als «teilweise erfüllt», wenn die Qualitätszirkel mindestens die Hälfte der aufgelisteten Charakteristika haben. Dazu gehören:

- Gruppengrösse: 6 bis 15 gleichberechtigte Teilnehmer
- Ausgebildete Moderatoren für Qualitätszirkel
- Definierter Teilnehmerkreis
- Qualitätszirkel werden protokolliert
- Strukturiertes Arbeiten entlang PDCA-Zyklus («Plan-Do-Check-Act»-Zyklus)

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

- 1.6 — 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.

Überprüfung des entsprechenden Konzepts und Erläuterung während des Auditbesuchs

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.

Mindestkriterium

1.7 Critical Incident Reporting System (CIRS)

- 1.7 — Die Organisation stellt den Leistungserbringern ein funktionierendes Critical Incident Reporting System zur Verfügung, welches eine Analyse zum Erkenntnisgewinn oder Empfehlungen für Massnahmen beinhaltet. Teilnahme an einem Organisations-Übergeordneten System ist ebenfalls möglich. Die Organisation sollte aber eine Teilnahmestatistik ihrer Leistungserbringer erheben um die tatsächliche Nutzung des Systems zu überprüfen und zu fördern.

Prüfung: Demonstration und Erläuterung des Systems während des Auditbesuchs, inklusive Teilnahmestatistik der Leistungserbringer

2 Patientenzentriertheit

2 Patientenzentriertheit

2.1 Aktualisiertes Patienteninformationsmaterial

- 2.1 — 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.

Alle nicht-gedruckten Informationen (Online-Text, Videos, Apps, Audiomaterial) zählen als «digitale Form».

2.2 Elektronischer Informationsaustausch

- 2.2 — Mindestens 80% der Leistungserbringer sind technisch so eingerichtet, dass andere Gesundheitsfachleute und die Patienten selbst, mit Einwilligung, Zugriff auf ausgewählte elektronische Daten des Patienten erhalten können.

Prüfung: Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.

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.

2.3 Mindestens 4 interaktiven Qualitätszirkel (MPAs)

- 2.3 — 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.

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

Mindestkriterium

2.4 Analyse und Optimierung von externen Leistungen

- 2.4 — Es findet eine Analyse und Optimierung der Abwicklung externer Leistungen statt.

Die Analyse kann eine organisationsweite Auswertung der Überweisungen zu externen Leistungserbringern, den Einsatz von Fallbesprechungen, von Spitalisten, 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.

Prüfung: Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs

2.5 Förderung von Chronic Care Management

- 2.5.5 — Förderung von Chronic Care Management

WICHTIG: Nur einer der Punkte muss erfüllt sein, damit dieser Indikator als erfüllt gilt. Dazu gehören:

-Strukturierte Disease-Management Programme (mindestens zwei Programme, z.B. Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheiten, COPD, Asthma, Herz-insuffizienz) mit Anzahl Teilnehmern

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

-Projekte der vertieften Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Patientenorganisationen.

-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

Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.

2.6 Erhebung der Patientenerfahrung zur Versorgungskoordination

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

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.

Prüfung: Dokumentenaudit: Überprüfung des Auswertungsberichts.

2.7 Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern

- 2.7 — Die Organisation unterhält eine strukturierte, interprofessionelle Zusammenarbeit mit externen Gesundheitsorganisationen und Gesundheitsfachleuten.
- 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.*
- Beispiele der Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern beinhalten: Interprofessionelle Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, gemeinsame Versorgungsprogramme, gemeinsame Call-centers. Sowohl situations- wie auch indikationsbezogene Zusammenarbeit wird eingeschlossen.*
- Die Diskussion während des Auditbesuchs sollte auch Fragen der Herausforderungen und der nicht-funktionierenden Aspekte beinhalten.*
- Prüfung: Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs. Wo angezeigt, Nachfrage und Diskussion mit Partner-Organisation(en).*

2.8 Richtlinien und Supportmaterial zu Shared Decision-Making

- 2.8.9 — Die Organisation stellt Richtlinien und konkrete Instrumente zur Verfügung, um bei ihren Leistungserbringern Shared Decision Making zu fördern.
- WICHTIG: Wenn zwei der Punkte mit «Ja» beantwortet sind, gilt der Standard als erfüllt. Dazu gehören:*
- Richtlinien und Support zu Patientenverfügungen*
 - Monitoring des Anteils Patienten mit Patientenverfügung (siehe Erläuterung/Notiz)*
 - Richtlinien und Support zu Advance Care Planing*
 - Monitoring des Anteils Patienten mit Advance Care Planing*
 - Richtlinien und Support zu Organspenden*
 - Monitoring des Anteils Patienten mit Organspende-Entscheid*
 - Richtlinien und Support für andere Formen des Shared Decision-Making*
 - Monitoring des Anteils Patienten mit anderen Formen des Shared-Decision Making*
- Mit Support sind praktische Arbeitsinstrumente und/oder Schulungen gemeint, welche allen betroffenen Leistungserbringern zugänglich gemacht werden.*

Prüfung: Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.

3 Effizienz

3 Effizienz

3.1 *Koordinierte Versorgung im Organisationsleitbild

- 3.1.1 — 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).
Im Rahmen einer Re-Zertifizierung der Nachweis nicht mehr verlangt
Mindestkriterium*

3.2 *Beschreibung des Managements koordinierter Versorgung

- 3.2.1 — Die Koordinierung der Gesundheitsversorgung innerhalb der Organisation und mit externen Leistungserbringern ist in schriftlichen Dokumenten beschrieben und geregelt.

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.

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

Mindestkriterium

3.3 Teilnahme an Multicenter-Datenbanken für Versorgungsoptimierung

- 3.3.1 — Mindestens 25% der Leistungserbringer der Organisation lassen Versorgungsdaten in eine Multicenter-Datenbank einfließen.

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.

Prüfung: Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs.

Mindestkriterium

3.4 Förderung der Teilnahme an Forschungsprogrammen

- 3.4.1 — Die Organisation hat Massnahmen in Kraft, welche die Teilnahme der Leistungserbringer an Forschungsprogrammen erleichtern oder einen Anreiz dafür setzen.

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.

Prüfung: Erläuterung und Demonstration während des Auditbesuchs und Vorlegen einer Statistik zur Teilnahme der Leistungserbringer an wissenschaftlichen Programmen.

3.5 Vertiefte Nutzung von Daten zum Zweck der Qualitätsentwicklung

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

WICHTIG: Ein einziges "Ja" zu den verschiedenen Punkten genügt, damit dieser Punkt als erfüllt gilt. Dazu gehören:

- Datenanalysen zur Fehl- und Überversorgung
- Datenanalyse zu Qualitätsindikator(en) im Zusammenhang mit Multi-Morbidität oder Chronic Care (inkl. Medikationssicherheit)
- Komplikationsstatistiken
- Organisationsweite Auswertung von patientenberichteten Daten (PROMs, PREMs)
- Organisationsweite Auswertung von Mitarbeiter-Befragungen, welche direkt mit Versorgungsqualität im Zusammenhang stehen, z.B. Sicherheitskultur
- Andere Datenanalysen für die Qualitätsentwicklung

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

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

- 3.6.1 — Qualitätskennzahlen zur Organisation sind auf einer Webseite öffentlich zugänglich.

Es werden [Stand: Version 5.2] 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.

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

3.7 Standards zur Qualität von Überweisungsschreiben

- 3.7.4 — Die Organisation hat schriftliche und überprüfbare Standards oder Vorlagen zur Qualität von Überweisungsschreiben.

WICHTIG: Wenn einer der Punkte mit "Ja" beantwortet wird, gilt dieser Indikator als erfüllt. Dazu gehören:

- Standards/Richtlinien
- Vorlagen, welche eine klare Fragestellung, Diagnoseliste, Medikamentenliste und Kontaktangaben beinhalten
- Monitoring zum Einhalten der Standards durch die Leistungserbringer

Prüfung: 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

4 Zugang zu Qualität

4.1 Zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem für die hausärztliche Leistung

4.1.1 — Mindestens 80% der hausärztlichen 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)

• Mindestens 80% der hausärztlichen 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.

• Die Tätigkeit wird in Vollzeitäquivalenten erfasst, d.h. Ärzte welche niedrigprozentig arbeiten fallen weniger ins Gewicht

• Zertifizierungen für die Behandlungsqualität einzelner Diagnose-Gruppen (Behandlungsqualität) und Medikationssicherheit werden angerechnet

• Alle Qualitätszertifizierungen, welche die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) erfüllen werden

angerechnet. Eine SAS-Akkreditierung ist jedoch nicht notwendig

Mindestkriterium

4.2 Unabhängige Ombudsstelle

4.2.1 — 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.

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.

Mindestkriterium

4.3 Anlaufstelle für Patienten mit besonderen Bedürfnissen

4.3.1 — 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

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 oder psychologische Unterstützung.

5 Überprüfung Massnahmen Vorzertifizierung

6 Freie Massnahmen