

Strukturen**01 Zugänglichkeit****01.01 Umfassende Information ermöglicht den Zugang zum Angebot**

01.01.5 — Die Organisation bietet Informationen mit den für die Zugänglichkeit nötigen Informationen auf einer Webseite an.

Dazu gehören:

- *Zeiten der telefonischen Erreichbarkeiten sind auf der Webseite ersichtlich.*
- *Informationen zum Angebot (z.B. Erstbeurteilung, Beratung) sind auf der Webseite ersichtlich.*
- *Angebotene Sprachen sind auf der Webseite ersichtlich.*
- *Information über Telefonkosten welche für den Anrufenden anfallen sind auf der Webseite ersichtlich.*

01.02 Verständliche Ansage in der Warteschlaufe

01.02.1 — !!! Die Ansage in der Warteschlaufe ist verständlich, auf Hochdeutsch, Französisch, Italienisch und / oder Englisch verfügbar.

Kontrolle durch Anruf auf die Servicenummer.

Mindestkriterium

01.03 Notwendige Informationen in der Warteschlaufe

01.03.4 — !!! Die Ansage in der Warteschlaufe enthält die notwendigen Informationen.

Kontrolle durch Anruf auf die Servicenummer.

In der Warteschlaufe wird über...

- *... das empfohlene Verhalten bei einem Notfall informiert.*
- *... die Aufzeichnung des Gesprächs informiert.*
- *... allfällige Telefonkosten informiert.*

Mindestkriterium

02 Personalkompetenz**02.01 Sprachkompetenz in Beratungssprache**

02.01.1 — !!! Die Sprachkompetenz von Berater:innen in einer anderen Sprache als ihrer Muttersprache wird durch eine standardisierte Sprachprüfung verifiziert und ist an schriftlich festgehaltene Mindestanforderungen geknüpft.

Kontrolle der Resultate der Sprachprüfungen anhand der Liste von Mitarbeitenden, welche in einer anderen Sprache als Ihrer Muttersprache beraten (Erstbera-ter:innen und Ärzt:innen). NB. Diese Bedingung gilt für alle Personen, welche mit Patient:innen interagieren und Triage-Entscheidungen treffen oder medizinische Beratung anbieten. Sprachprüfungen müssen nicht zwingend durch ein externes Institut durchgeführt werden. Eine interne strukturierte, standardisierte und dokumentierte Lösung wird für die Zertifizierung akzeptiert; auch die Nutzung einer angemessenen Online-Dienstleistungen ist möglich.

Mindestkriterium

02.02 Kenntnisse der Kategorisierung und notwendige Überweisungen

02.02.3 — Das Personal ist in der Kategorisierung der Fälle ausreichend geschult und kompetent in der Anwendung der Checklisten.

Dazu gehören:

- *Erstberater:innen können leitliniengemäss definieren, In welchen Fällen eine Patient:in an den Notfalldienst (144) weitergeleitet muss.*
- *Ärzt:innen können leitliniengemäss definieren, in welchen Fällen eine physische Untersuchung zwingend notwendig ist.*

Patienten

03 Patientenmanagement

03.01 Kunden kennen die Rolle der Gesprächspartner:in

03.01.1 — Die Standard-Formulierung der Berater:innen und / oder die Ansage in der Warteschleife ist so formuliert, dass die Patient:in die formelle Rolle der Person kennt, mit der sie jeweils spricht.

Kontrolle des Schulungsmaterials oder Gesprächs-Leitlinien und Anhörung von 5 zufällig ausgewählten Telefon-Aufzeichnungen

03.02 Eindeutige Identifizierung der Anrufenden

03.02.3 — !!! Alle Patient:innen werden bei jedem Telefonat eindeutig identifiziert durch...

- *Durch die Nennung von Namen, Vorname, Geburtsdatum und Wohnort werden die Patient:innen bei jedem Telefonat eindeutig identifiziert.*

- *Vergleich der Information in CRM mit Krankengeschichte, werden die Patient:innen bei jedem Telefonat eindeutig identifiziert.*

Mindestkriterium

03.03 Angemessene Zeit für Triage und Beratung

03.03.1 — !!! Daten von Patienten- und / oder Mitarbeitendenbefragungen geben Auskunft darüber, ob pro Anruf genügend Zeit aufgewendet wird, um die Patienten-Anliegen situationsgerecht zu beurteilen und entsprechend handeln zu können.

Kontrolle der Resultate / Auswertung der entsprechenden Befragungs-Items, vgl. Standards 7.3-7.4 (Mitarbeitendenbefragungen) und 8.5 – 8.7 (Kundenbefragungen)

Mindestkriterium

03.04 Formelle Kategorisierung der Anliegen von Patient:innen

03.04.1 — Anliegen der Patient:innen werden gemäss schriftlichen Vorgaben kategorisiert und die Kategorien werden in der Krankengeschichte oder auf der Agenda klar ersichtlich und dauerhaft festgehalten.

Kontrolle der schriftlichen Vorgaben zur Kategorisierung und Demonstration durch eine Mitarbeiter:in während des Auditbesuchs. NB: Mögliche Beispiele für Kategorien: Notfalltermine, Akut, Sub-akut, Patient:innen mit physischen oder psychischen Einschränkungen...

03.05 Zeitfenster für ärztliche Beratung am gleichen Tag

03.05.1 — Bei interner Weiterweisung vom Erstberater:in zum ärztlichen Berater:in sind für Patient:innen mit dringenden Problemen, gemäss interner Kategorisierung, Arzttermine am gleichen Tag erhältlich.

Kontrolle der schriftlichen Richtlinien zur Dringlichkeit, des Dispatch-Konzepts und des Belegplans.

03.06 Fachliche Unterstützung für Berater:innen

03.06.1 — !!! Die Organisation stellt durchgehend fachliche Unterstützung für Berater:innen zur Verfügung für Unklarheiten oder komplexe Situationen.

Kontrolle der schriftlichen Kontakt-Angaben welche sämtliche Tageszeiten und Wochentage der Telemedizinischen Dienstleistung abdecken und Test der Kontaktstelle durch die Auditor:in vor oder während des Auditbesuchs. NB: Siehe ergänzend dazu auch Standard 7.7

Mindestkriterium

03.07 Vorgehen bei eingeschränkten Sprachkenntnissen

03.07.1 — Die Organisation hat ein Verfahren, wie bei der Behandlung von Patient:innen vorzugehen ist, welche keine der von der Organisation angebotenen Sprachen in einem Ausmass sprechen, dass eine zielführende Beratung erlaubt.

Kontrolle der schriftlichen Richtlinie.

03.08 Arbeitsunfähigkeitszeugnisse und Physiotherapie-Verordnungen

03.08.3 — Die Organisation hat explizite Richtlinien zur Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen und Physiotherapie-Verordnungen.

04 Patientensicherheit**04.01 CIRIS: Erkennung, Dokumentation, Umgang kritischen Ereignissen**

04.01.1 — !!! Der Telemedizin-Anbieter hat ein funktionierendes System zur Erkennung, Dokumentation und für den Umgang mit kritischen Ereignissen (Critical Incidents Reporting System, CIRIS)

Kontrolle des CIR Meldeformulars und des Registers der Ereignisse mit Massnahmen. NB: Unter kritischen Ereignissen werden unerwünschte, zukünftig vermeidbare Situationen und Ereignisse verstanden, welche beinahe oder tatsächlich zu einem erhöhten Risiko, zu einem Nachteil oder zu einem Schaden bei einer Patient:in oder einer Mitarbeiter:in geführt haben. Solche Ereignisse sollten schriftlich erfasst werden, und in der Diskussion im Team sollte eine kurze Analyse der Umstände, welche zum Ereignis geführt haben, erfolgen. Zusätzlich werden Massnahmen zur zukünftigen Vermeidung ähnlicher Ereignisse definiert. Der Zweck eines CIRIS ist die Institutionalisierung einer Lernkultur, welche die kontinuierliche Verbesserung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit ermöglicht. Es wird empfohlen, die Meldungen und das Register der Ereignisse so zu führen, dass die Fälle weder individuellen Patient:innen noch Mitarbeiter:innen zugeordnet werden können.

Einem Anbieter kann eine Frist bis spätestens 6 Monate nach Beginn Gültigkeit des Zertifikats eingeräumt werden, um ein funktionierendes CIR-System einzuführen. Ein Nachweis (Beschreibung, Screenshots, Statistik zur Nutzung) muss anschliessend bei EQUAM eingereicht werden.

Mindestkriterium

04.02 Richtlinien für medizinische Notfälle

04.02.1 — !!! In den medizinischen Guidelines oder in einem separaten Dokument werden 'Red Flags' beschrieben: Symptome welche als Notfälle oder Hochrisikofälle gelten mit den dazu gehörigen Handlungsanweisungen und kritischen Zeitrahmen.

Kontrolle der entsprechenden Richtlinien.

Mindestkriterium

04.03 Diagnose / Problemliste in den Krankengeschichten

04.03.11 — Alle Krankengeschichten enthalten eine Diagnoseliste bzw. Problemliste.

04.04 Liste der eingenommenen Medikamente

04.04.11 — !!! Alle Krankengeschichten enthalten eine Liste der von der Patient:in eingenommenen Medikamente.

Mindestkriterium

04.05 Regelung zu Medikamentenplänen

04.05.3 — !!! Die Organisation hat eine Regelung für Medikamentenpläne mit folgenden Elementen...

- *Regelung Vorlage / Standard für die Medikamentenpläne*

- *Richtlinien für die Zustellung des Medikamentenplans an Patient:innen*

Mit 'Medikamentenplan' sind nicht die Rezepte gemeint. Die Medikamentenpläne sollten nicht nur die rezeptierten Medikamente enthalten, sondern alle welche von der Patient:in eingenommen werden. Bei Organisationen, welche keine Medikamente verschreiben, «Nicht relevant» anwählen.

Wenn es gut begründet ist, ist es für die Zertifikatsvergabe akzeptabel, wenn zum Zeitpunkt des Audits nicht alle Kunden einen Medikamentenplan erhalten. Beispielsweise wird es akzeptiert, wenn z.Zt. nur für Kinder Medikamentenpläne erstellt und abgegeben werden - sofern ein Plan besteht, dass Medikamentenpläne für Erwachsene innerhalb der Zertifizierungsperiode eingeführt wird. Als Anforderung an die Zertifizierung gilt, dass der Zeitrahmen angeben und darüber berichtet werden muss.

Mindestkriterium

04.06 Regelung für den Umgang mit Dauermedikation

Anmerkung: Bei einer bereits bekannten Mikroalbuminurie muss diese nicht mehr jährlich untersucht werden

- 04.06.5 — Die Organisation hat Vorgaben zur Rezeptierung von Dauer-Medikamenten, welche die folgenden Elemente enthält...
- *Regelung zur Rezeptierung von Dauer-Medikamenten Vorschrift einer jährliche Überprüfung der Indikation*
 - *Zugriff auf die genaue Anamnese und / oder vollständige Medikamentenliste*
 - *Verwendung einer Checkliste / Referenz über die Medikamentenabgabe, welche genaue Angaben über Diagnose und Dosierungen enthält.*
 - *Überprüfung der Verordnungen aufgrund Voruntersuchungen (z.B. Laborresultate)*

Referenz / Checkliste für Dosierung kann Teil der Telemedizin-Leitlinien sein. Bei Organisationen, welche keine Medikamente verschreiben, «Nicht relevant» anwählen.

04.07 Standards für Kundenseitige Apps/Devices

- 04.07.1 — Die Organisation hat eindeutig definierte Kriterien dafür, welche Standards Kunden-seitige Apps / Devices erfüllen müssen, damit sie im Rahmen der Telemedizinischen Dienstleistung empfohlen oder eingesetzt werden dürfen.
Einsicht in entsprechende Dokumentation.

Personal und Kontinuität

05 Austausch im Team und Kontinuität

05.01 Regelmässige strukturierte Teambesprechungen

- 05.01.1 — !!! Das Beratungsteam führt mindestens einmal pro Monat eine strukturierte Teambesprechung durch, deren Entscheidungen per Kurzprotokoll dokumentiert sind.
Einsicht in drei Sitzungsprotokolle aus den letzten 12 Monaten während des Auditbesuchs, gemäss Auswahl der Auditor:in

Für wöchentliche Routine-Meetings genügt es, mit einer (schriftlich festgehaltenen und für Teilnehmer ersichtlichen) Standard-Traktandenliste zu arbeiten und wichtige Beschlüsse / Einsichten aus der Besprechung schriftlich festzuhalten und angemessen zu kommunizieren.

Mindestkriterium

05.02 Regelmässige Fallbesprechungen

- 05.02.1 — Mindestens zweimal jährlich finden berufsübergreifende Fallbesprechungen statt (Agent, Erstberater, Arzt) über die Behandlung einzelner Patient:innen in besonders komplexen Lagen.
Protokolle der Fallbesprechungen. Empfohlen sind Methoden des Peer-Coaching / Teamcoaching. Die Auswahl von Fällen sollte auf Basis von klaren Kriterien erfolgen, aufgrund von Patientenfeedback und Analysen von Calls. Fallbesprechungen können nach Wahl per Video-Kommunikation stattfinden.

05.03 Regelmässige Besprechung von Patientengruppen

- 05.03.1 — Mindestens zweimal jährlich findet eine interprofessionelle Besprechung über den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken vor.
Protokolle der Besprechungen. Die Auswahl von Patientengruppen sollte auf Basis von klaren Kriterien erfolgen, aufgrund Patienten-Feedback und Analysen von Calls. Mögliche Beispiele: Polymorbide Patient:innen; Patient:innen in schwierigen sozialen Lagen, Patient:innen die schwierig im Umgang und / oder sehr fordernd sind; Patient:innen mit psychischen Schwierigkeiten: Patient:innen bei denen ein einheitlicher Umgang aller Fachpersonen wichtig ist; Patient:innen mit physischen oder psychischen Einschränkungen etc.

05.04 Digitale Information für Kontinuität

- 05.04.6 — !!! Sämtliche Informationen, die zur Fortführung der Behandlung notwendig sind, stehen in standardisierter digitaler Form zur Verfügung und können versendet/exportiert werden.

Dazu gehören:

- *Alle Elemente der Krankengeschichte (inklusive Diagnoseliste)*
- *Rezepte*
- *Verordnungen*
- *Medikamentenpläne*
- *Angabe von Kontaktinformationen für Rückfragen von Fachpersonen / Spezialärzten*

Mindestkriterium

05.05 **Strukturierung und Einheitlichkeit von Überweisungsschreiben**

- 05.05.1 — Die Organisation hat Vorgaben oder Vorlagen für eine einheitliche Strukturierung und für die Vollständigkeit von Überweisungsschreiben.

Dokument mit Vorgaben / Vorlagen für Überweisungsschreiben. Falls die Organisation keine Überweisungen macht (bzw. Patient:innen ausschliesslich immer zum Hausarzt schickt, welcher dann die Überweisung macht), «Nicht Relevant» wählen. Falls die Organisation plant, innerhalb von 6 Monaten nach dem Audit regelmässig mit direkten Überweisungen zu beginnen, ist der Standard relevant und muss mit Ja oder Nein beantwortet werden.

05.06 **Zuweisung an Hausarzt oder Case Manager**

- 05.06.1 — Patient:innen welche innerhalb von 6 Monaten mehr als dreimal die telemedizinische Dienstleistung in Anspruch nehmen, werden einer standardisierten Anamnese unterzogen, welche dazu dient, eine regelmässige Verschlechterung oder chronische Krankheit zu erkennen. Dazu bestehen Leitlinien, welche Fälle zum Hausarzt weitergewiesen werden müssen.

Vorgaben in den Telemedizinischen Leitlinien.

06 **Aus- und Weiterbildung**

06.01 **Vorgaben und Schulungsmaterial zur Einarbeitung neuer Mitarbeitenden**

- 06.01.4 — Es gibt Vorgaben und Schulungsmaterial zur Einarbeitung neuer Mitarbeitenden in ihre Arbeitsgebiete in der Telemedizin.

Dazu gehören:

- *Es bestehen schriftliche Checklisten spezifisch für jedes Stellenprofil zur Einarbeitung der neuen Mitarbeitenden.*
- *Es steht Schulungsmaterial zur Gesprächsführung und Medizinische Beratung am Telefon zur Verfügung, zur Einführung neuer Mitarbeitenden.*
- *In der ersten Phase der Einführung neuer Mitarbeitenden werden diese eng betreut, und eine Leitungsfachperson begleitet mehrere Fälle.*

06.02 **Strukturiertes Lernmaterial zu digitalen Hilfsmitteln**

- 06.02.4 — Die Organisation hat strukturiertes Lern- und / oder Nachschlagematerial zur Anwendung der digitalen Hilfsmittel.

Das Lern- oder Nachschlagematerial deckt...

- *... das Telefonsystem ab.*
- *... die elektronischen Krankengeschichte ab.*
- *... die Triage-Software ab (falls vorhanden).*

06.03 **Abhörung und Analyse von Gesprächen mit Feedback**

- 06.03.1 — !!! Von jeder telefonischen Berater:in (Erstberater:innen und Ärzt:innen) werden jährlich mindestens 6 Gespräche abgehört, analysiert, und mittels eines konstruktiven Feedbacks besprochen.

Dokumentenaudit: Richtlinien und Checkliste zur Abhörung und Analyse von Gesprächen. Auditbesuch: Notizen / Auswertungen von drei Gesprächen aus verschiedenen Monaten des vergangenen Jahres.

NB: Die Evaluation der Gespräche erfolgt durch die Teamleiter:in oder wird durch Peer-Reviews gemacht und schriftlich festgehalten. Dabei muss auch eine Qualitätskontrolle der Anwendung der internen Leitlinien einbezogen werden. Basierend auf Risikofaktoren wie ungewöhnliche durchschnittliche Anrufdauer, ungewöhnliche Frequenz von Weiterverweisungen, vermehrte Beschwerden sollten eine verstärkte Supervision zur Folge haben. Ebenfalls werden bei neuen Mitarbeitenden oder vormalig nicht optimalen Gesprächen und Reklamationen mehr Gespräche abgehört.

Mindestkriterium

06.04 Jährliche Schulung zu den Guidelines

- 06.04.1 — Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Organisation haben in den vergangenen 12 Monaten an einer internen Schulung / Weiterbildung zu den in der Organisation verwendeten Guidelines teilgenommen.

Programm der Schulung(en) mit Teilnehmerliste(n). NB: Zu den Guidelines zählen medizinische Leitlinien mit Algorithmen, Verhalten bei Red-Flags, RF-Protokolle, TELLs. Als Schulung / Weiterbildung gelten auch thematische Qualitätszirkel, und strukturierte Schulungen während Teamsitzungen.

06.05 Schulungen zum Thema Kommunikation und Empathie

- 06.05.1 — Mindestens 80% aller Berater:innen (auf allen Levels) haben in den letzten 24 Monaten an einer Schulung / Kurs zu Themen im Zusammenhang mit Kommunikationskompetenz, Empathie und Würde der Patient:innen teilgenommen.

Schriftliche Bestätigung der Schulung(en) mit Themen und Teilnehmerliste(n).

07 Personalmanagement

07.01 Überprüfung von Diplomen / Zertifikaten

- 07.01.1 — Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen und Zertifikaten überprüft.

Es genügt, wenn Ärzt:innen bei Arbeitsantritt ihre Diplome und Zertifikate vorlegen müssen. Der Arbeitgeber überprüft die Richtigkeit der Arztdiplome im Medizinalberufe-Register.

07.02 Stellenbeschreibungen

- 07.02.1 — Alle Mitarbeitende haben eine Stellenbeschreibung.

Organigramm bzw. Liste der Funktionen mit je einer Stellenbeschreibung.

07.03 Mitarbeitendenbefragung zu Wohlbefinden, Belastung und Effizienz

- 07.03.1 — !!! Mindestens alle 2 Jahre findet eine Mitarbeitendenbefragung statt, welche Themen wie emotionale Belastung, Stress und Wohlbefinden beinhaltet.

Auswertung einer Mitarbeitendenbefragung aus dem Zeitraum der letzten 24 Monate.

Mindestkriterium

07.04 Evaluation der Sicherheitskultur / Sicherheitsklimas in der Organisation

- 07.04.1 — Die Organisation evaluiert mindestens alle 3 Jahre mit einem dafür vorgesehenen Instrument die Kultur bzw. das «Klima» zur Patientensicherheit.

Auswertung einer Befragung zur Sicherheitskultur aus dem Zeitraum der letzten 36 Monate. NB: Instrumente, die diesem Zweck dienen, sind beispielsweise die SafeQuest Mitarbeitendenbefragung (www.midss.org/content/safequest) bzw. die EQUAM-Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur. Das Instrument muss nicht zwingend standardisiert / validiert sein. Auch die Frage nach der Angemessenheit der für die Beratung zur Verfügung stehenden Zeit (siehe Indikator 3.3) könnte in einer solchen Befragung erfasst werden.

07.05 Personalgespräche

- 07.05.1 — Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt. Im Personalgespräch sollte das Thema Fortbildung thematisiert werden.

Beispielhafter Bericht von Mitarbeiter:innen Gesprächen während Auditbesuch.

07.06 Pausen für Mitarbeiter:innen

- 07.06.1 — Den Mitarbeitenden werden genügend Pausen gewährleistet, in denen Sie sich ungestört zurückziehen können, um Übermüdung und Fehlerrisiko zu vermeiden.

Vertragliche Pausenregelung; Gespräche mit Mitarbeiter:innen bei Auditbesuch, NB: Nach 2 Stunden Arbeitseinsatz 15 Minuten Pause. Zusätzlich ist während einer 8 Stunden Schicht eine Pause von 30 Minuten für eine Mahlzeit gewährleistet.

07.07 Möglichkeit zu Debriefing nach belastenden Gesprächen

- 07.07.1 — Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit nach belastenden Gesprächen ein Debriefing zu erhalten.

Schriftliche Dokumentation zum Vorgehen für Debriefing sowie Gespräche mit Mitarbeiter:innen bei Auditbesuch.

Qualitätsentwicklung

08 Qualitätsentwicklung

08.01 Qualitätsverantwortliche Person

- 08.01.1 — Die Organisation hat eine qualitätsverantwortliche Person mit schriftlich definierten Aufgaben und Kompetenzen.

Beschreibung der Aufgaben und Kompetenzen für qualitätsverantwortliche Person.

08.02 Leistungsindikatoren zum Qualitätsmanagement

- 08.02.1 — Die Leistungsindikatoren der Organisation, welche aus Routine-Daten und Gesprächsanalysen gewonnen werden, enthalten Punkte zum Qualitätsmanagement und / oder der Patientensicherheit.

Interner Bericht oder Management-Dashboard mit Kennzahlen zum Qualitätsmanagement aus dem Zeitraum der letzten 6 Monate. NB: Die Analyse bzw. Kennzahlen zum Qualitätsmanagement sollten im Zusammenhang mit wirtschaftlich orientierten Analysen interpretiert und in Zusammenhang gesetzt werden.

08.03 Interne Qualitätsaudits

- 08.03.1 — !!! Mindestens einmal jährlich wird ein internes Qualitätsaudit durchgeführt bei dem Schwachstellen identifiziert und Massnahmen definiert werden.

Dokument mit den Resultaten eines internen Audits aus dem Zeitraum der letzten 12 Monate, inklusive Schwachstellen und Massnahmen. NB: Die Vorbereitung für die EQUAM-Zertifizierung im Jahr des Audits gilt als internes Audit sofern mögliche Schwachstellen und Massnahmen schriftlich dokumentiert werden.

Mindestkriterium

08.04 Teilnahme an Qualitätszirkeln

- 08.04.1 — Das medizinische Personal der Organisation nimmt an strukturiert moderierten Qualitätszirkeln teil.

Programm der Qualitätszirkel des laufenden Jahres und drei Protokolle von abgeschlossenen Qualitätszirkeln.

08.05 Jährliche oder kontinuierliche Kundenbefragung

- 08.05.1 — !!! Es wird mindestens einmal jährlich eine Kundenbefragung durchgeführt.

Auswertung einer Kundenbefragung aus dem Zeitraum der letzten 12 Monate. NB: Siehe auch Standard 8.6. Eine Kundenbefragung im Sinne der Qualitätsverbesserung sollte nicht nur auf Zufriedenheit abzielen. Die Patientenerfahrung (PREM) und die Behandlungsergebnisse oder Lebensqualität (PROM) sollten erhoben werden. Beispiele für eine mögliche PREM-Befragung ist der EUROPEP Fragebogen, welche EQUAM auch in Arztpraxen einsetzt. Beispiele für PROM-Instrumente zur Lebensqualität sind EQ5D, SF-12 oder der WHO-5 Well-Being Index. Auch strukturierte Befragungen, welche erheben was den Patient:innen wichtig ist («What matters to you?») sind sehr empfehlenswert.

Die Einbindung von PREM und PROM Fragen sind nicht Mindestbedingung für die Vergabe des Zertifikats.

Mindestkriterium

08.06 Schlüsselemente der Kundenbefragung

08.06.7 — Mindestens alle 3 Jahre werden spezifische Schlüsselemente mittels Kundenbefragung erhoben.

Die Patientenbefragung enthält Fragen zu / zur ...

- ... Patientenerfahrung bezüglich der Kommunikation und Beziehung.
- ... Patientenerfahrung bezüglich der erhaltenen Informationen.
- ... Patientenerfahrung bezüglich der Diagnose und Behandlung.
- ... Patientenerfahrung bezüglich der Koordination und Kontinuität der Behandlung.
- ... Patientenerfahrung bezüglich der Angemessenheit der Gesprächsdauer.
- ... Outcome-Measures (mit validiertem PROM Instrument).

Auswertungen von Kundenbefragung aus dem Zeitraum der letzten 36 Monate. NB: siehe auch Standards 3.3 und 8.5

08.07 Massnahmen aus Kundenbefragung

08.07.1 — !!! Die Organisation setzt Erkenntnisse aus den Befragungen in Verbesserungsmassnahmen um.

Schriftliche Dokumentation oder mündliche Erläuterung von konkreten Verbesserungsmassnahmen aufgrund von Kundenbefragungen.

Mindestkriterium

08.08 Möglichkeit für Rückmeldungen und Kritik

08.08.1 — Die Organisation bietet eine einfache und intuitive Möglichkeit für Patient:innen, Rückmeldungen und Kritik anzubringen.

Mündliche Erläuterung und Demonstration von Beispielen bei Auditbesuch.

08.09 Verfahren zum Umgang mit Beschwerden

08.09.1 — Die Organisation hat ein Verfahren zum Umgang mit Beschwerden von Patient:innen und Leistungserbringern.

Schriftliche Dokumentation von Beschwerden und Massnahmen (mit Datierung).

Datenschutz und IT**09 Datenschutz und IT****09.01 Stabilität der IT- und Netzwerksysteme**

09.01.4 — Die Organisation gewährleistet die Stabilität der IT- Systeme mittels Richtlinien.

Die Richtlinien zur IT-Infrastruktur enthalten...

- ... eine Risikoanalyse betreffend der Systemstabilität.
- ... Informationen zu den benötigten Redundanzen bei Systemausfall.
- ... Angaben zur Verwendung der Firewall(s).

09.02 Richtlinien und Dokumentation zum Datenschutz

09.02.8 — !!! Die Organisation hat ein schriftliches Konzept für besonders schützenswerte Personendaten.

Die Richtlinie zum Datenschutz...

- ... nennt den für den Datenschutz und die Datensicherheit verantwortlichen Person(en) und deren Aufgaben (inklusive Schutz vor Datenverlust und Angriffen).
- ... enthalten klar definierte Zugriffsrechte auf Patienten- und Mitarbeiterdaten.
- ... enthalten eine Beschreibung der sicheren Kanäle für Weitergabe von Patientendaten.
- ... enthalten eine Beschreibung, wie der Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte oder Weitergabe an Dritte gewährleistet wird. (Bei Datensicherung in der Cloud muss die schweizerische Gesetzgebung berücksichtigt werden.)
- ... enthalten ein Verfahren zur Einsicht in und Herausgabe von Daten (Patient:innen müssen das Recht haben, ihre Daten einzusehen).
- ... enthalten eine Beschreibung der Archivierung und Vernichtung von Daten.
- ... enthalten eine Beschreibung, wie das Einverständnis der Patient:innen zur Verwendung der Daten zu wissenschaftlichen Zwecken eingeholt und dokumentiert wird.

Mindestkriterium

09.03 Daten-Backup

09.03.1 — Die Wiederherstellung von Daten aus dem Backup-System wird mindestens einmal jährlich getestet.
Aktennotizen bzw. glaubhafte mündliche Angaben zu einem Test aus dem Zeitraum der letzten 12 Monate.

09.04 Dienstleister mit Zugriff auf Personenbezogene Daten

09.04.3 — Die Organisation kontrolliert den Zugriff auf Daten durch Dienstleister.

Dazu gehören:

- *In der Organisation besteht eine Übersicht auf sämtliche Vertragspartner mit Zugriff auf personenbezogene Daten.*
- *Die Organisation hat eine Geheimhaltungsvereinbarung mit jedem dieser Dienstleister.*

09.05 Nachverfolgbarkeit Gesprächsführung, Dokumentation

09.05.1 — !!! Die Organisation stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer ein Beratungsgespräch geführt und wer welche KG-Einträge vorgenommen hat.

Demonstration des Systems zur Nachverfolgbarkeit während des Auditbesuchs.

Mindestkriterium