

## Grundanforderungen Zertifizierung Qualitätslabel MehrFachArzt

1 Versorgungseistung und Zugang	
1.1 Terminvergabe: Innerhalb welcher Frist erhalten Ihre Patienten einen Termin?	
	Für nicht dringliche, reguläre Konsultationen: Terminvergabe gemäss medizinischer Indikation in der Regel innerhalb von 3–4 Tagen (ausgenommen sind Vorsorgeuntersuchungen wie z. B. Check-up).
	Dringliche Termine: Termin am nächsten Arbeitstag.
	Notfälle: Sofortiger Besuch in der Praxis während der Öffnungszeiten möglich.
1.2 Stellvertretung: Wie ist Ihre Stellvertretung gelöst?	
	Bei Abwesenheiten eines Arztes/Ärztin ist dessen Vertretung sichergestellt. Die Vertretungsregelung betrifft Abwesenheiten, die zusätzlich zum regulären Sprechstundenplan anfallen und 3 Arbeitstage oder mehr umfassen (z. B. Fortbildungen, Ferien).
	<b>Für Einzelpraxen:</b>
	Vertretung durch umliegende Arztpraxen.
	Die Vertretung und deren Erreichbarkeit ist auf dem Anrufbeantworter in mindestens einer Landessprache erklärt.
	<b>Für Gemeinschafts-/Gruppenpraxen:</b>
	Vertretung innerhalb des Ärzteteams in der Praxis und/oder durch umliegende Arztpraxen.
	Bei der Terminvergabe wird darauf hingewiesen, dass die Konsultation bei einer Vertretung stattfindet.
1.3 Öffnungszeiten	
	Die Öffnungszeiten der Praxis gewährleisten eine durchgängige Betreuung der Patienten innerhalb der Arbeitswoche (Gewährleistung von Nachkontrollen).
2 Medizinisches Leistungsangebot	
2.1 Kleine traumatologischen Fälle und Notfälle	
	Die Praxis gewährleistet die Behandlung und Betreuung von traumatologischen Notfällen.
	Die Praxis bietet die Erstversorgung von Wunden an (z. B. Druckverband, usw.).
2.2 Internes Labor (Minimalanforderung Analyse)	
	Die Werte können mit einem Laborgerät oder einem Schnelltest ermittelt werden. Die Resultate müssen während des gleichen Besuchs des Patienten in der Praxis verfügbar sein:
	Hämatologie: Hämatogramm III: Erythrozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Indices, Leukozyten, 3 Leukozyten-Subpopulationen und Thrombozyten
	CRP
	Blutzucker
	HbA1c
	Kreatinin
	D-Dimer
	ProBNP
	Troponin
	Urinuntersuchung: Urin-Teilstatus, 5-10 Parameter (Urinstix)

<b>2.3</b>	<b>Bildgebende Diagnostik: Was bieten Sie in Ihrer Praxis an?</b>
	<b>Röntgendiagnostik:</b>
	Röntgendiagnostik (mit entsprechender Bewilligung) in der Praxis selbst <b>oder</b>
	Rascher Zugang zu einer Untersuchung bei einem anderen Leistungserbringer (am gleichen Tag)
	<b>Ultraschalldiagnostik:</b>
	Ultraschalldiagnostik (mit entsprechender Weiterbildung) in der Praxis selbst <b>oder</b>
	Rascher Zugang zu einer Untersuchung bei einem anderen Leistungserbringer (am gleichen Tag)

<b>2.4</b>	<b>Weitere Diagnostik: was für ein EKG-Gerät haben Sie in Ihrer Praxis?</b>
2.4.1	Standard EKG mit 12 Ableitungen

### 3 Patientenzentriertes Behandlungsmanagement

<b>3.1</b>	<b>Managed Care (Koordinierte Versorgung)</b>
	Die Patienten werden durch den Hausarzt/Hausärztin koordiniert einer Behandlung zugeführt.
	Der Arzt/Ärztin ist informiert über den Behandlungsverlauf oder fragt bei Bedarf aktiv nach.
	Die Dokumentation des Patienten ist zeitgerecht nachgeführt mit Diagnosen und Therapie.
	Bei Patienten die im Hausarztmodell versichert sind, wird der Behandlungspfad des Patienten mit einem MC-Informationssystem (z. B. easyNET oder BlueEvidence) überwacht (Kostencontrolling oder Admin-Zuweisungen).
	Für Patienten im Hausarzt-Versicherungsmodell sind Informationen über Ihre Rechte und Pflichten verfügbar (Flyer oder Informationen auf Website).

<b>3.2</b>	<b>Chronic Care Management (CCM): koordinierte Betreuung von chronisch Kranken</b>
	Die Praxis bietet ihren Patienten mit chronischen Erkrankungen aus eigenen Ressourcen oder in interprofessioneller Zusammenarbeit mit weiteren Behandelnden den Zugang zu Betreuungsangeboten an (Fachärzte, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Lungenliga usw.).

<b>3.3</b>	<b>Anwenden medizinischer Empfehlungen (Guidelines)</b>
	Dem Arzt/Ärztin sind die für ihren Fachbereich relevanten Guidelines bekannt und werden nach Möglichkeit in die Behandlung/Therapieentscheide mit einbezogen.

### 4 Qualitätsarbeit

<b>4.1</b>	<b>Qualitätsarbeit durch Ärzte</b>
	Die Praxis stellt sicher, dass der fachliche Austausch zwischen weiteren Ärzten (intern oder via Ärztenetzwerk) gewährleistet ist.
	Teilnahme an mindestens sechs Qualitätszirkel-Treffen pro Jahr.
	Gesamthaft <b>mindestens fünf Stunden zusätzliche Arbeiten (excl. QZ)</b> pro Jahr mit Bezug zur Qualitätsarbeit (z. B. Internes Audit, Prozessanalyse, usw.). Das Erlangen oder Verlängern einer Zertifizierung als MFA zählt im entsprechenden Kalenderjahr als Qualitätsarbeit.

5 Risikomanagement, Arbeitssicherheit	
<b>5.1 Definition von Prozessen und Massnahmen zur Risikovermeidung</b>	
5.1.1	Die Praxis wendet Prozesse und Methoden an um Risiken zu erkennen und zu vermeiden z.B. mittels Risikoanalyse.
5.1.2	Die Ressourcenplanung in der Praxis gewährleistet, dass genügend Personalressourcen vorhanden sind, um die anfallenden Arbeiten sicher und mit der erforderlichen Genauigkeit zu erledigen.
<b>5.2 CIRS (Critical Incident Reporting System) - Handlingfehler und unerwünschte Ereignisse</b>	
	Die Praxis hat die organisatorischen Voraussetzungen, um Verfahrens- und Handling-Fehler zu thematisieren:
	Es herrscht eine offene, vertrauensvolle Kommunikation unter den Mitarbeitenden.
	Mitarbeitende werden ermutigt, kritische Ereignisse oder Prozesse anzusprechen, resp. auch preiszugeben. Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitenden werden berücksichtigt.
	CIRS ist ein fixes Traktandum in den Teamsitzungen.
	Fehlerereignisse und kritische Vorfälle, welche zu einer Risikosituation oder tatsächlichem Schaden geführt haben:
	- werden zeitnah der verantwortlichen Person gemeldet, dokumentiert und bearbeitet
	Die Praxis führt eine separate Liste/Logbuch für Handlingfehler und Vorfälle.
	Bedeutende Fehler werden im externen Qualitätszirkel (Arzt/Ärztin und allenfalls MPA/MPK) besprochen.
<b>5.3 Hygienekonzept</b>	
	Es bestehen Arbeitsanweisungen/Checklisten (Hygienekonzept) zur Reinigung und Desinfektion
	Reinigungsnachweise werden schriftlich geführt und visiert.
	Der Reinigungsnachweise der Patiententoiletten sind für den Patienten sichtbar platziert.
	Es bestehen Anweisungen für die Händedesinfektion.
	Es bestehen Arbeitsanweisungen (Entsorgungskonzept) für speziell zu entsorgende Praxisabfälle
	Es besteht eine Checkliste mit Verhaltensanweisungen bei Stichverletzungen mit benutzten Instrumenten/Nadeln. Diese ist griffbereit in der Praxis platziert.
	Es bestehen Regelungen, resp. Verfahren zum Umgang mit Patienten mit ansteckenden Erkrankungen (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Durchfallerkrankungen usw.) oder saisonal auftretenden Krankheiten, Pandemien.
	In der Praxis sind die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten und Erreger bekannt, sowie die vorgeschriebenen Meldefristen.
<b>5.4 Handhabung sterilisierter Medizinprodukte</b>	
	In der Praxis werden sterilisierte Medizinprodukte verwendet (Instrumente, Wundversorgungssets usw.). Entsprechende Prozesse sind geregelt.
	Die Rückverfolgbarkeit der verwendeten Medizinprodukte kann jederzeit gewährleistet werden (z. B. Chargen-/Lotnummerndokumentation in der Krankengeschichte).
	Die Verfalldatenkontrolle sterilisierter Medizinprodukte wird mindestens alle 6 Monate durchgeführt, protokolliert und visiert.
	<b>Bei praxisinterner Aufbereitung:</b>
	Der Gesamtprozess für die Aufbereitung von Medizinprodukten ist schriftlich festgehalten
	Die ausgeführten Arbeiten werden protokolliert, freigegeben und visiert.
	Raumeinteilung und Einrichtung entsprechen den gesetzlichen Vorgaben.
	<b>Externe Instrumentenaufbereitung (z. B. Sermax):</b>
	Der Zertifizierungsnachweis des externen Partners ist abgelegt.
	Die Prozesse für die externe Aufbereitung sind schriftlich festgehalten.
	Sämtliche Dokumentationen des externen Lieferanten sind korrekt abgelegt und archiviert (z. B. Lieferscheine usw.).
	<b>Verwendung von Einweginstrumenten:</b>
	Sämtliche Dokumentationen des externen Lieferanten sind korrekt abgelegt und archiviert (z. B. Lieferscheine usw.).
	Die Einweginstrumente werden fachgerecht entsorgt und nicht wiederverwendet.

<b>5.5</b>	<b>Sicherheitsvorkehrungen</b>
	Die Praxis verfügt über ein geeignetes Sicherheitskonzept für das Verhalten und Vorgehen bei kritischen Schadenereignissen.
	Die Fluchtwege aus der Praxis sind frei zugänglich.
	Die Praxis verfügt über geeignete Löschmittel (Feuerlöscher, Löschdecke, oder anderes geeignetes Brandbekämpfungsmaterial), das Personal ist über den Standort und die Handhabung instruiert.

## 6 Medizinische Prozesse

<b>6.1</b>	<b>Triage, Terminmanagement</b>
	Patienten erhalten aufgrund der eingeschätzten Dringlichkeit aus der Triage einen zeitgerechten Termin.
	Für Mitarbeitende, die eine telefonische Triage vornehmen, sind diese Voraussetzungen erfüllt:
	Die Mitarbeitenden sind für die telefonische Triage ausgebildet.
	Die Kompetenzen der Mitarbeitenden für die telefonische Triage sind definiert.
	Der Triageprozess ist auf Ihre Praxis definiert, und wird von allen Mitarbeitenden einheitlich umgesetzt.
	Für die Mitarbeitenden ist für dringende Rückfragen eine Fachperson unmittelbar und direkt erreichbar (z. B. Anruf in laufende Sprechstunde).
	Bei Abwesenheiten des Arztes/Ärztin ist das Verfahren für Rückfragen, resp. der Umgang mit unklaren Fällen geregelt.
	Bei der Terminvergabe wird der Zeitbedarf für die Konsultation anhand der Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt und ausreichend Zeit eingeplant.

<b>6.2</b>	<b>Medikation/Medikationssicherheit</b>
	<b>Praxisprozesse</b>
	Die Praxis stellt die Einhaltung der kantonal geltenden gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien sicher. - Räumlichkeiten, Einrichtung und Sicherheitsvorkehrungen (z. B. Tresor) - Zutrittsberechtigungen (z. B. Schlüsselkonzept) - Lagerung entsprechend den Vorgaben der Hersteller (Arzneimittel, Impfstoffe und Reagenzien)
	Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, werden in einem abgeschlossenen, nicht beweglichen Schrank gelagert. Der aktuelle Lagerbestand und alle Waren Ein- und Ausgänge müssen jederzeit nachvollziehbar sein.
	Der Arzneimittelkühlschrank ist für diesen Anwendungszeck qualifiziert und/oder entspricht der DIN Norm 58345. Ein Haushaltskühlschrank erfüllt diese Anforderungen nicht.
	Die Verfalldatenkontrolle sämtlicher Arzneimittel wird mindestens alle 6 Monate durchgeführt und protokolliert (inkl. Notfallrucksack, Sprechzimmer, Reagenzien, Impfungen usw.).
	<b>Anforderungen an die Temperaturüberwachung der Lagerorte und der Messsysteme:</b>
	Die eingesetzten Thermometer sind für den vorgesehenen Zweck geeignet und kalibriert (Min./Max.-Temperatur).
	Die Temperaturüberwachung der Lagerorte (Arzneimittelkühlschrank, Ärztliche Privatapotheke, Notfallrucksack, Sprechzimmer usw.) werden gemäss den kantonal vorgegebenen Intervallen kontrolliert.
	Die Temperaturmessungen werden gemäss den kantonalen Vorschriften dokumentiert und aufbewahrt.
	Bei Temperaturabweichungen werden geeignete Massnahmen getroffen und dokumentiert.
	<b>Patientenprozesse</b>
	Die Verordnung (Rezeptierung und Abgabe) von Medikamenten, ist in der Praxis schriftlich geregelt und gemäss den gesetzlichen Vorgaben dokumentiert (inkl. Betäubungsmittel und andere spezielle Medikamentengruppen).
	Beim Verordnen von Medikamenten werden geeignete Massnahmen getroffen, um die Patientensicherheit bezüglich Wechselwirkungen, Allergien und Unverträglichkeiten zu gewährleisten.
	Bei Patienten mit Dauermedikamenten wird die Medikation regelmässig überprüft.
	Patienten die mehrere Medikamente über einen längeren Zeitraum einnehmen, erhalten in der Regel einen persönlichen Medikamentenplan.

**Kriterien für selbstdispensierende Praxen (SD-Praxis)**

Die Praxis hat definierte Prozesse für das Verordnen und Abgeben von Medikamenten und hat Regeln zur Qualitätssicherung.
--

**Kriterien für rezeptierende Praxen (nicht SD-Praxis)**

Die Praxis hat definierte Prozesse für den Umgang mit Verordnungen und Rezepten.
--

**6.3 Laboranalysen im internen und externen Praxislabor**

Die Praxis verfügt über definierte Prozesse für Analysen im Praxislabor.
Es bestehen definierte Prozesse für die Präanalytik, Analytik und Probemateriallagerung (Blut, Urin, Abstriche, usw.).
Die Laborwerte werden elektronisch im PIS angelegt oder auf dem Laborblatt schriftlich dokumentiert und von der ausführenden/validierenden Person visiert.
Laborwerte welche nicht über eine elektronische Schnittstelle ins PIS gelangen, werden zusätzlich in einem separaten Laborjournal (Papier oder elektronisch) festgehalten.
Das Laborjournal resp. elektronische Daten werden gemäss den geltenden Aufbewahrungsfristen aufbewahrt.
Es ist sichergestellt, dass eingehende Untersuchungsergebnisse ihrer Dringlichkeit entsprechend durch einen Arzt/Ärztin beurteilt werden.

**6.4 Interne und externe Qualitätskontrollen im Labor, Wartung der Laborgeräte**

Die interne Qualitätskontrolle wird gemäss den aktuellen QUALAB-Richtlinien durchgeführt.
Die Qualitätskontrolle wird intern von der verantwortlichen Person überprüft, visiert und freigegeben/validiert.
Die Qualitätskontrolle wird schriftlich dokumentiert (Datum, Analyse, Gerät, LOT und Verfalldatum Reagenz und Kontrollmaterial, Resultat, Visum). Beim Einsatz der Software q.check von medics ist diese Anforderung ohne zusätzliche schriftliche Dokumentation erfüllt.
Die Praxis nimmt an den obligatorischen, externen Qualitätskontrollen teil (Ringversuche).
Die Laborgeräte werden nach den Vorgaben der Hersteller regelmässig gereinigt und gewartet. Die Arbeiten werden schriftlich dokumentiert.
Die Unterlagen werden gemäss den geltenden Aufbewahrungsfristen aufbewahrt (gemäss QUALAB-Richtlinie mind. 5 Jahre, empfohlen MFA 20 Jahre)

**6.5 Röntgengerät und Röntgenaufnahmen falls ein Röntgengerät in der Praxis**

Es bestehen schriftliche Anweisungen zum sicheren und korrekten Vorgehen bei Röntgenaufnahmen.
Die Praxis erfüllt die gesetzliche Dokumentationspflicht zur Strahlenexposition der Patienten (z. B. Röntgenjournal, Röntgensoftware).
Der Betreiber der Röntgenanlage (Arzt/Ärztin) verfügt über die nötige Bewilligung zum Betreiben, einer Röntgenanlage und hat eine vom BAG anerkannte Strahlenschutzfortbildung absolviert.
Die MPA/MPK hat die nötige Befähigung für das Erstellen von Röntgenbildern.
Arzt/Ärztin: Strahlenschutzfortbildungen werden gemäss der Strahlenschutzverordnung alle 5 Jahre absolviert (4 Unterrichtseinheiten).
MPA/MPK: Strahlenschutzfortbildungen werden gemäss der Strahlenschutzverordnung alle 5 Jahre absolviert (8 Unterrichtseinheiten).
Alle Mitarbeitenden mit einer Röntgenberechtigung tragen ein persönliches Dosimeter beim Erstellen von Röntgenaufnahmen.
Die Praxis verfügt über einen für die Befundung geeigneten Monitor.
Röntgen-Untersuchungen werden mit einem eigenständigen, schriftlichen Befundbericht dokumentiert.
Die Röntgenanlage wird nach den Vorgaben des Herstellers gepflegt und gewartet. Die Arbeiten werden schriftlich dokumentiert.

<b>6.6 Ultraschallgerät und Aufnahmen falls ein Ultraschallgerät in der Praxis</b>	
	Ultraschalluntersuchungen werden mit einem eigenständigen, schriftlichen Befundbericht dokumentiert.
	Der Arzt/die Ärztin welche Ultraschalluntersuchungen durchführt, hat den notwendigen Fähigkeitsausweis für die in der Praxis angebotenen sonografischen Untersuchungen.
	Der Arzt/die Ärztin absolviert die von der SGUM vorgeschriebenen Fortbildungen zur Aufrechterhaltung des Fähigkeitsausweises und rezertifiziert den Fähigkeitsausweis innerhalb der Frist von maximal 5 Jahren.
	Das Ultraschallgerät wird nach den Vorgaben des Herstellers gepflegt und gewartet. Die Arbeiten werden schriftlich dokumentiert.

<b>6.7 Pflege und Wartung von weiteren Einrichtungen und Geräten</b>	
	Alle Geräte und Einrichtungen, die für das Erbringen der medizinischen Leistung eingesetzt werden, werden nach den Vorgaben der Hersteller gewartet, geeicht und gepflegt. Die Durchführung der Arbeiten wird zum Nachweis schriftlich dokumentiert.

## **7 Notfallmanagement**

<b>7.1 Medizinische Notfälle (in der Praxis)</b>	
	Die Terminvergabe und telefonische Triage bei Notfällen sind ebenfalls Bestandteil des Notfallmanagements. Die Anforderungen sind in Kapitel 6.1 im Rahmen der allgemeinen Triage beschrieben.
	Die Praxis hat schriftliche Regelungen für das Verhalten und Vorgehen bei akuten medizinischen Notfällen in der Praxis (Verhaltensanweisungen, Checklisten, Notfallschema usw.).
	Relevante, medizinische Notfälle in der Praxis werden dokumentiert und ein internes Review findet zeitnah statt (Bewertung der Abläufe, Verbesserungspotenzial, positive Punkte usw.).
	Die Einsatzbereitschaft des Notfallrucksacks wird mittels Kontrollen und ggf. Ersatz von verfallenen oder verbrauchten Arzneimitteln und Medizinprodukten sichergestellt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Verfalldatenkontrolle findet mindestens alle 6 Monate statt und wird dokumentiert.</li> <li>- Es existieren Checklisten (Verfalldatenkontrolle, Inventarlisten).</li> <li>- Der Notfallrucksack ist in die Temperaturkontrolle integriert und dokumentiert.</li> </ul>
	Die Praxis ist mit einem eigenen AED ausgerüstet oder hat während der Sprechstundenzeiten Zugang zu einem AED in unmittelbarer Nähe. Werden Ergometrien angeboten, ist ein eigenes Gerät in der Praxis zwingend (siehe Punkt 2.4.5).
	Die Praxis verfügt über eine Sauerstoff-Flasche für die Notfallversorgung, welche gemäss Vorgaben des Herstellers gewartet und geprüft wird. Es ist sicherzustellen, dass der Sauerstoffvorrat für eine Anwendung von mindestens 15 Minuten ausreicht. Einwegsauerstoffflaschen sind zulässig.
	Alle medizinischen Praxismitarbeitenden absolvieren mindestens 1 x alle drei Jahre eine Schulung zum akuten medizinischen Notfall (Ausnahme: Personal mit Pensum tiefer als 40 %).
	Die Arztpraxis stellt sicher, dass während den Öffnungszeiten der Praxis immer mindestens eine Person anwesend ist, die im Umgang mit medizinischen Notfällen geschult ist.

<b>8 Informationen für Patienten, Kommunikation</b>	
<b>8.1 Administrative Informationen für Patienten</b>	
	Die Praxis bietet ihren Patienten schriftliche Informationen über die Öffnungszeiten und die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme (z. B. Website, Infoblatt Praxis, Terminkarte, Visitenkarte usw.).
	Patienten haben die Möglichkeit, Kritik und Rückmeldungen abzugeben (z. B. Aktives Nachfragen, Feedbackbogen) und es gibt ein Verfahren zur Bearbeitung dieser Meldungen.
	Die Patienten werden bei Zuweisungen an Spezialisten oder Spitäler über die weiteren Schritte instruiert (mündlich).
<b>8.2 Zuweisungsmanagement</b>	
	Die Zuweisung an einen Spezialisten oder ein Spital erfolgt bei dringenden Fällen sofort (telefonische Anfrage, Zuweiserbrief am gleichen Tag).
	Die Zuweisung eines Patienten an einen Spezialisten oder ein Spital erfolgt bei NICHT dringenden Fällen anhand ihrer Priorität in 2–3 Tagen, für Jahreskontrollen/Routinescreenings in max. 10 Arbeitstagen
<b>8.3 Medizinische Informationen</b>	
	Für die häufigsten chronischen Erkrankungen steht Informationsmaterial für die Patienten zur Förderung der Selbstkompetenz zur Verfügung.
	Es steht präventionsförderndes Informationsmaterial zur Verfügung (z. B. Rauchstopp, HIV, FSME Risikogebiete und Impfung, usw.).
	Den Patienten werden spezifische Informations- und/oder Aufklärungsblätter zur Verfügung gestellt (z. B. 24-h-BD-Messung, Inhalation, usw.).
<b>9 Personalmanagement, Aus- und Weiterbildung</b>	
<b>9.1 Personalmanagement</b>	
	Die Praxis verfügt über ein Organigramm oder alternativ über ein Funktionsdiagramm, auf welchem die Verantwortungsbereiche der Mitarbeitenden ersichtlich sind.
	Die Praxis verfügt über Stellenprofile/Stellenbeschreibungen für alle medizinischen und administrativen Mitarbeitenden. Diese enthalten eine Aufgabenbeschreibung, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten.
	Alle Mitarbeitenden verfügen über einen schriftlichen Arbeitsvertrag.
	Mit den Mitarbeitenden der Praxis wird mindestens 1 × jährlich durch die Vorgesetzte/den Vorgesetzten ein Mitarbeitergespräch geführt, dies wird schriftlich festgehalten und beiden Parteien visiert ausgehändigt.
	Mit den Mitarbeitenden werden Ziele für die kommende Beurteilungsperiode schriftlich vereinbart.
	Der Impfschutz der Mitarbeitenden wird beim Stellenantritt dokumentiert.
	Es bestehen Regelungen für den Impfschutz der Mitarbeitenden (z. B. Hepatitis B, Grippe). Die Mitarbeitenden werden über den Nutzen von Impfungen im Gesundheitswesen aufgeklärt und allfällige Impfungen zur Verfügung gestellt.
<b>9.2 Weiterbildungsanforderungen für Ärzte</b>	
	Alle in der Praxis tätigen Ärzte verfügen über ein aktuelles und gültiges Fortbildungsdiplom, welches unter <a href="http://www.doctorfmh.ch">www.doctorfmh.ch</a> überprüfbar ist. (Bei praktischen Ärzten = Fortbildungsbestätigung).
	Alle in der Praxis tätigen Ärzte verfügen über die gesetzlich und/oder regulatorisch vorgeschriebenen Aus- und Weiterbildungen zur Ausübung ihrer Tätigkeit (FAPL, Röntgen, Ultraschall, usw.).
<b>9.3 Weiterbildungsanforderungen für Praxispersonal</b>	
	Mit dem Praxispersonal werden regelmässig Fortbildungsziele festgelegt.
	Mindestens eine Fortbildung pro Mitarbeitende im Jahr. Anerkannt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurse zu medizinischen oder praxisbezogenen Themen</li> <li>- Regelmässige Teilnahme an MPA-Qualitätszirkeln</li> <li>- Interne Weiterbildungen im Team (Nachweis erforderlich)</li> </ul>

## 10 Praxisprozesse und Dokumentation

<b>10.1 Praxishandbuch</b>	
	Die Praxis führt ein schriftliches Praxishandbuch, in welchem Strukturen und Prozesse dokumentiert werden.
	Das Praxishandbuch ist einer verantwortlichen Person zugewiesen und wird regelmässig überprüft und bei Bedarf aktualisiert und ergänzt.
	Das Praxishandbuch enthält mindestens die in den Qualitätsindikatoren der Selbstdeklaration (Anforderungskatalog) geforderten schriftlichen Dokumentationen.

## 10.2 Praxisorganisation

	Der Informationsaustausch im Praxisteam ist über geeignete Massnahmen gewährleistet (z. B. Rapport, Teambesprechung usw.).
	Die Praxis führt regelmässig Teamsitzungen durch. Der Intervall ist auf die Praxisbedürfnisse angepasst, findet mind. 4 x jährlich statt (CIRS ist ein fixes Traktandum, siehe Kapitel 5). Die Teamsitzungen werden schriftlich protokolliert und von allen Mitarbeitenden visiert.
	Die Mitarbeitenden werden ermutigt, sich aktiv mit Vorschlägen und Anmerkungen einzubringen.
	Die Mitarbeitenden der Praxis verfügen über die notwendigen Qualifikationen und Fähigkeiten, um ihre Aufgaben in guter Qualität zu bewältigen.

## 11 Sichere Kommunikation und Datenschutz

### 11.1 Datenschutz und Vertraulichkeit allgemein

	Die Praxis verfügt über ein schriftliches Datenschutzkonzept oder -Reglement
	Es ist sichergestellt, dass nur befugte Personen Zugang zu Patientenunterlagen, Patienteninformationen und Patientendossiers haben.
	Der Aufbewahrungsort für Papierdossiers ist abschliessbar und ausserhalb der Arbeitszeiten verschlossen. Nur berechtigte Personen haben Zugang zu einem Schlüssel.
	Es liegen keine offen einsehbaren Unterlagen auf, wenn sich unbefugte Personen ohne Aufsicht in einem Raum aufhalten (Patienten, Techniker, usw.).
	Computerbildschirme sind gesperrt, wenn sich unbefugte Personen ohne Aufsicht in einem Raum aufhalten (Patienten, Techniker, usw.).
	Die Praxis hat Kriterien definiert, in welchen Fällen Familienangehörige nicht mehr als Begleitung in Sprechstunden anwesend sein sollen (z. B. Dolmetschen, minderjährige Jugendliche, Ethikrichtlinien).
	Es bestehen Regelungen, wer welche Untersuchungs- / Laborresultate dem Patienten mitteilt.
	Die Praxis führt eine Checkliste/Prozessbeschreibung, welche die Herausgabe von Patientendossiers bei einem Arztwechsel regelt. Die Übergabe der Dossiers wird in der Praxis dokumentiert, der Erhalt durch den Patienten visiert (2 Stück).
	Patienten und Angehörige, die nicht persönlich bekannt sind, werden durch geeignete Massnahmen identifiziert (z. B. Ausweiskontrolle).

### 11.2 Sichere Kommunikation und Services

	Die Kommunikation mit anderen Leistungserbringern (z. B. Ärzten, Spital usw.) erfolgt ausschliesslich über sichere Kommunikationskanäle (z. B. HIN Mail zu HIN Mail).
	Erfolgt eine elektronische Übermittlung (z. B. Zustellen von Laborbefunden, Berichten usw.) an Patienten, werden dafür nur gesicherte Dienste eingesetzt (z. B. 2-Phasen Authentifizierung via HIN). Wünscht der Patient explizit eine Zustellung seiner Daten auf seine ungesicherte Mailadresse, ist dafür das ausdrückliche Einverständnis des Patienten erforderlich.
	Die Praxis setzt nur elektronische Services in Verbindung mit Patientendaten ein, welche den geltenden Datenschutzgesetzen entsprechen (z. B. Krankenkassen Kartenleser, Apps).

<b>11.3 Schutz elektronischer Einrichtungen und Daten (IT-Sicherheit)</b>	
	Die elektronischen Systeme der Arztpraxis sind nach aktuellen Sicherheitsstandards vor unberechtigten Zugriffen und Angriffen von aussen geschützt (Firewall, Virenschutz).
	Es ist eine verantwortliche Person für die Informatiksicherheit definiert.
	Die Praxis hat mit ihren IT-Dienstleistern eine Vereinbarung/Vertrag, welche die gegenseitigen Rechte und Pflichten regelt (Umfang der Dienstleistungen, Zugriffsberechtigungen).
	Die Praxis verfügt über eine Datensicherung (Backup) der elektronischen Praxisdaten. Das Backup wird regelmässig auf korrekte Funktion überprüft (inkl. Zurückspielen der Daten auf die Praxisumgebung).
	Die Praxis hat Regeln definiert zum sicheren Umgang mit Informatikmitteln und zum Schutz vor digitalen Bedrohungen (Umgang mit E-Mails und Anhängen, Internet-Nutzung, usw.). Das Personal ist instruiert.
	Die Praxis prüft in regelmässigen Abständen Ihre IT-Infrastruktur auf sicherheitstechnische Mängel und behebt diese bei Bedarf (z. B. Updates aller Geräte).
	Die Praxis wendet sichere Login-Verfahren für den Zugang zu ihren Informatiksystemen an (starke Passwörter, 2-Faktor-Authentifizierung, physische Schlüssel, biometrische Merkmale, usw.)

<b>12 Anwendung von eHealth-Applikationen</b>	
<b>12.1 Einsatz elektronischer Hilfsmittel und medizinischer Datenbanken</b>	
	Die Praxis setzt eine elektronische Krankengeschichte ein.
	Die Praxis setzt medizinische Datenbanken und Services ein. Die Services sind allen ärztlichen Mitarbeitenden bekannt.