epa

QUALITÄTSMANAGEMENT
IN DER ARZTPRAXIS

Welche Wirkung hat Qualitätsmanagement in Arztpraxen?

Ergebnisse aus Entwicklung und Evaluation des Europäischen Praxisassessments (EPA)

Katja Götz, Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Sara Willms

AQUA-Materialien Bd. 10

epa

QUALITÄTSMANAGEMENT
IN DER ARZTPRAXIS

Informationen zum Qualitätsmanagement mit EPA

„Man muss etwas Neues machen, um etwas Neues zu sehen.“

Georg Christoph Lichtenberg,
Göttinger Physiker und ‚Meister des Aphorismus‘ (1742 – 1799)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Welche Wirkung hat Qualitätsmanagement in Arztpraxen?
Ergebnisse aus Entwicklung und Evaluation des Europäischen
Praxisassessments (EPA)

Autoren:
Dr. phil. Katja Götz, Dipl. Soz.
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Dipl. Soz.
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,
Universitätsklinikum Heidelberg
AQUA-Institut GmbH, Göttingen

Dipl. Kfm. Björn Broge
AQUA-Institut GmbH, Göttingen

Dipl. Soz. Sara Willms
AQUA-Institut GmbH, Göttingen

Verlag:
AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH,
Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen

Konzeption, Satz & Layout:
SEELAND Agentur für Kommunikation, Göttingen

Copyright:
Diese Publikation einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Sämtliche Inhalte sind Eigentum der AQUA-Institut GmbH. Sie unterliegen ausschließlich deren Nutzung und dürfen ohne Zustimmung des AQUA-Instituts weder vervielfältigt noch auf andere Weise von Dritten verwendet werden.

Europäisches Praxisassessment (EPA)® und VISOTOOL® sind geschützte Warenzeichen der AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen.

Alle Rechte vorbehalten. Änderungen und Irrtum vorbehalten.

Hinweis: Der besseren Lesbarkeit halber wird im Folgenden teilweise auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

ISBN 978-3-980-9434-3-7

1. Auflage 2011

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 4

Management Summary 5

Das Qualitätsmanagementsystem – „Europäisches Praxisassessment“ (EPA)

Aufbau, Struktur und Instrumente von EPA 6

EPA-Systeme für verschiedene Fachrichtungen 9

Ablauf von EPA 10

- Visitation 12
- Teambesprechung 13
- VISOTOOL® 14

Zertifizierung durch die Stiftung Praxissiegel e. V. 16

European Health Award 17

Datenschutz 17

Was bewirkt EPA? – Ergebnisse der Evaluationen

Pilotstudie und erste Evaluationsschritte 18

Evaluationsstudie mit Vergleichsgruppe 19

Methodische Herangehensweise 19

Zusammensetzung der Stichprobe 21

Überblick über die einzelnen Themenfelder (Domänen) 22

- Domäne „Qualität und Sicherheit“ 22
- Domäne „Infrastruktur“ 23
- Domäne „Information“ 25
- Domäne „Finanzen“ 26
- Domäne „Menschen“ 27

Anhang

Ergebnisse der Domänen 29

Abkürzungsverzeichnis 41

Abbildungsverzeichnis 41

Tabellenverzeichnis 42

Literaturverzeichnis 43

Danksagung 44

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Vorwort

Qualitätsmanagement ist ein schon seit längerer Zeit etabliertes Thema im deutschen Gesundheitswesen. Hatten sich doch schon vor mehr als 20 Jahren Pioniere aufgemacht, die Organisation ihrer Einrichtungen neu auszurichten. Ein besonders heiß diskutiertes Thema wurde es, als der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2005 in seiner Qualitätsmanagement-Richtlinie beschloss, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren innerhalb der nächsten 5 Jahre ein internes Qualitätsmanagement einrichten müssen. In letzter Zeit rückte das Thema wieder etwas in den Hintergrund. Warum ist das so? Weil jetzt alle Qualitätsmanagement machen? Oder weil keiner mehr genau hinschaut, ob etwas und was genau da gemacht wird? Sicherlich haben inzwischen viele Praxen Aktivitäten unternommen. Manche begeistert und engagiert, manche zurückhaltend und reserviert. Hunderte Berater sind unterwegs, viele Handbücher wurden geschrieben (oder abgeschrieben?). Rechnet man die investierte Zeit in den Praxen mit hinzu, so sind hier sicherlich einige hundert Millionen Euro bewegt worden. Doch wie sieht es mit den Ergebnissen aus?

Als wir uns vor nunmehr 10 Jahren anschickten, mit einer internationalen Expertengruppe im Rahmen eines im Zeitraum 2001-2005 von der Bertelsmann-Stiftung unterstützten Projekts Instrumente für ein für Hausarztpraxen geeignetes und wissenschaftlich fundiertes Qualitätsmanagement zu entwickeln, war uns bewusst, dass wir die Ergebnisse der praktischen Umsetzung später einmal würden kritisch überprüfen müssen. Niemand ahnte damals, dass wir dafür noch eine umfangreiche Benchmarking-Software sowie ein ausgefeiltes Konzept für Praxisbesuche (Visitationen) entwickeln und unseren Ansatz für verschiedene Arztgruppen, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren umfassend anpassen und erweitern würden.

Mit dem Europäischen Praxisassessment (EPA) ist ein inzwischen weithin beachtetes Qualitätsmanagement-System entstanden, das 2009 in Bad Gastein von einem internationalen Komitee mit dem prestigeträchtigen „European Health Award“ ausgezeichnet wurde.

Um die Effektivität von EPA zu überprüfen, wurde eine umfangreiche und methodisch aufwendige Evaluationsstudie mit zweimal je 102 Hausarztpraxen aufgelegt. Erste positive Ergebnisse wurden bereits auf dem DEGAM/Versorgungsforschungs-Kongress 2009 in Heidelberg vorgestellt. Trotzdem blieben Fragen: Hatten wir alles richtig berechnet, alles richtig interpretiert? Wie beurteilen Fachexperten unsere Vorgehensweise? Gewissheit erhält man erst, wenn man seine Methodik und die Ergebnisse nochmals auf den Prüfstand stellt, bei etablierten Fachzeitschriften einreicht, begutachten lässt, die Darstellung (mehrfach) überarbeitet und auf diese Weise Akzeptanz findet. Wir freuen uns, dass dies jetzt gelungen ist: die renommierte „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)“ hat eine Übersicht der Ergebnisse im Augustheft 2011 publiziert. Im Oktober 2011 erscheinen weitere vertiefende Analysen dieser großen Evaluation im „Canadian Medical Association Journal (CMAJ)“, einem der medizinischen TOP-Journals überhaupt. Dies ist ein besonderer Qualitätsbeweis für unsere Studie, die zu den weltweit ganz wenigen Arbeiten über Wirksamkeit und Nutzen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen zählt. Überdies werden die Ergebnisse auch einer internationalen Leserschaft zugänglich gemacht, da CMAJ alle Artikel zeitnah und kostenlos im Internet bereitstellt.

Im vorliegenden Band finden Sie Informationen über die Geschichte der Entwicklung von EPA und seiner wesentlichen Bausteine sowie die Ergebnisse der genannten, großen Evaluationsstudie, die auf insgesamt 306 Visitationen beruht und die Sichtweise von 340 teilnehmenden Ärzten, 1.018 Medizinischen Fachangestellten und 14.212 Patienten enthält. Mit dieser Publikation aller Einzelergebnisse wollen wir unseren Teil zu größtmöglicher Transparenz bei diesem wichtigen Thema beitragen.

Katja Götz
Joachim Szecsenyi
Björn Broge
Sara Willms

Heidelberg und Göttingen im Oktober 2011

Management Summary

Das vom AQUA-Institut in Göttingen maßgeblich mitentwickelte und vertriebene Qualitätsmanagement-System „Europäisches Praxisassessment" (EPA) ist eines der – auch international – etablierten und zertifizierungsfähigen Produkte auf dem Markt der QM-Systeme. EPA ist ein vergleichsweise praxisnahes System, das unter Berücksichtigung der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt wurde. Die bei EPA eingesetzten Qualitätsindikatoren sind international validiert und dienen als Werkzeuge, um den IST-Zustand und Veränderungen in der Versorgungsqualität einer Praxis zu messen bzw. abzubilden. Die Erhebungsinstrumente sind ein Selbstassessment, eine Mitarbeiter- und Patientenbefragung, eine Visitation sowie ein Arzt-Interview. Dieser mehrperspektivische Ansatz erlaubt es, die Praxis in ihrer Gesamtheit zu betrachten. Weitere Elemente von EPA sind eine moderierte Teambesprechung mit einem speziell geschulten Visitor, die Unterstützung beim Festlegen von Qualitätszielen und die Bereitstellung von QM-Materialien, die es erleichtern, diese Ziele zu erreichen. Das Kernelement von EPA ist die eigens hierfür entwickelte, severbasierte Software VISOTOOL®. Sie integriert den gesamten QM-Prozess in einer Einheit und ermöglicht zudem ein umfassendes, datenbankgestütztes Benchmarking. Praxen, die EPA vollständig durchlaufen haben und insbesondere die sicherheitsrelevanten Kriterien erfüllen, können sich ihre Qualität optional durch ein Zertifikat der „Stiftung Praxissiegel e. V." bestätigen lassen.

Obwohl in Deutschland mittlerweile viele Aktivitäten in Arztpraxen laufen und auch eine ganze Reihe von Qualitätsmanagement-Systemen am Markt ist, ist über deren tatsächliche Effektivität außer mehr oder weniger anekdotischen Berichten oder Befragungen von Teilnehmern wenig bekannt. Mit der Evaluation der Effektivität von EPA und der Darlegung der Evaluationsgebnisse in dieser Arbeit wird also auch ein allgemeiner Beitrag zur Nutzenbewertung von QM-Systemen geleistet.

Die Effektivität von EPA wurde einerseits mittels einer Vorher-Nachher-Studie an 102 Hausarztpraxen überprüft, die EPA zweimal durchlaufen haben. Die Ergebnisse dieser „Interventionsgruppe" wurden dann den Ergebnissen einer gleich großen „Vergleichsgruppe" gegenübergestellt. In sehr vielen Bereichen konnten signifikante und relevante Verbesserungen durch die Einführung und Umsetzung von EPA nachgewiesen werden. Alle Themenfelder betrachtend, verbesserte sich die Zielerreichung in den Praxen der Interventionsgruppe innerhalb von drei Jahren von 75,2 auf 82,6 %. Diese Steigerung um 7,4 % entspricht damit etwas mehr als einem Drittel (33,9 %) der maximal (theoretisch) möglichen Verbesserung von 24,8 %. Im direkten Vergleich ist die Interventionsgruppe nach dem zweiten EPA-Durchlauf in der Gesamtzielerreichung um 4,9 % besser als die Vergleichsgruppe, die einen Zielerreichungsgrad von 77,7 % aufzuweisen hat. Derartige Effektstärken, die hier im Routineeinsatz erreicht wurden, gelten in (kontrollierten) Studien zur Qualität der Versorgung als gut bis sehr gut. Die Praxen, die EPA eingeführt und über drei Jahre umgesetzt haben, erreichten teilweise dramatische Verbesserungen, insbesondere in sicherheitsrelevanten Bereichen. Bei der Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten zeigten sich immerhin geringfügige Verbesserungen. Die Bewertung der Praxen durch Patientinnen und Patienten blieb auf gleichbleibend hohem Niveau.

Hintergrund

„Ein gutes Qualitätsmanagement sollte sich nicht in der Abarbeitung von Checklisten erschöpfen, sondern auch nachvollziehbare Erklärungen anbieten. Ein dadurch gewonnenes Verständnis der Zusammenhänge fördert das Engagement innerhalb eines Praxisteams, sich dauerhaft und wiederkehrend mit Qualitätsfragen zu beschäftigen." (Schluckebier 2011)

Am 18. Oktober 2005 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung" veröffentlicht. Sie konkretisiert die Umsetzung des § 135a Abs. 2 Nr. 2 des fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V), der besagt, dass alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einführen und weiterentwickeln müssen. Nach 5 Jahren sollte evaluiert werden, ob die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen QM im Sinne der Richtlinie erfolgt ist. Ziel dieser Evaluation war zugleich auch die Überprüfung der Wirksamkeit und des Nutzens von QM im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung.

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Das Qualitätsmanagementsystem – „Europäisches Praxisassessment“ (EPA)

Aufbau, Struktur und Instrumente von EPA

Das Europäische Praxisassessment ist ein umfassendes QM-System, das auf dem Qualitätskreislauf beruht und mit dem die teilnehmenden Praxen die Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA in allen Aspekten erfüllen können. Ausgehend von einer systematischen Bestandsaufnahme, zeigt EPA Verbesserungspotenziale im Praxismanagement auf und unterstützt Praxen langfristig dabei, ein internes QM zu initiieren, zu vertiefen und nachhaltig umzusetzen. EPA basiert auf international entwickelten Qualitätsindikatoren und bezieht die Perspektive von Patienten, Ärzten und Mitarbeitern der Praxen gleichermaßen ein. Anhand der Indikatoren und über die EPA-Software VISOTOOL® haben Praxen die Möglichkeit, die Qualität ihrer Dienstleistung zu messen und zu überprüfen, ob sie die Qualitätsanforderungen erfüllen bzw. in welchen Bereichen Entwicklungspotenzial besteht. Im Sinne eines „Lernens von den Besten“ (Benchmarking) können die Ergebnisse aus der IST-Analyse einer einzelnen Praxis zudem anonym mit den Ergebnissen anderer Praxen verglichen werden. VISOTOOL® ist ein Alleinstellungsmerkmal von EPA.

Die Richtlinie des G-BA beschreibt Grundelemente, Instrumente und einen Zeitplan für die Entwicklung eines internen QM im Sinne von Mindestanforderungen. Dabei werden ausdrücklich keine bestimmten QM-Systeme erwähnt oder gar akkreditiert. Die Richtlinie hebt den Einsatz und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Effektivität eines einrichtungsinternen QM hervor. Hier legt EPA einen besonderen Schwerpunkt, welcher im Kapitel „Was bewirkt EPA? – Ergebnisse der Evaluationen“ (siehe S. 18) gesondert dargestellt wird.

Die in Abbildung 1 dargestellten Schritte zum Aufbau eines QM-Systems finden sich so oder ähnlich in den meisten gängigen QM-Systemen wieder, sei es in Handbüchern oder in Form von Selbstbewertungsprozessen. Auch die Analyse der Praxisorganisation, z. B. durch den Einsatz schriftlicher Befragungsinstrumente oder eine Begehung durch unabhängige externe Personen (zumeist in Form von Audits), gehört zum Grundrepertoire vieler QM-Systeme, wird aber selten mittels Indikatoren für die Praxis transparent im Vergleich zu anderen Praxen dargestellt.

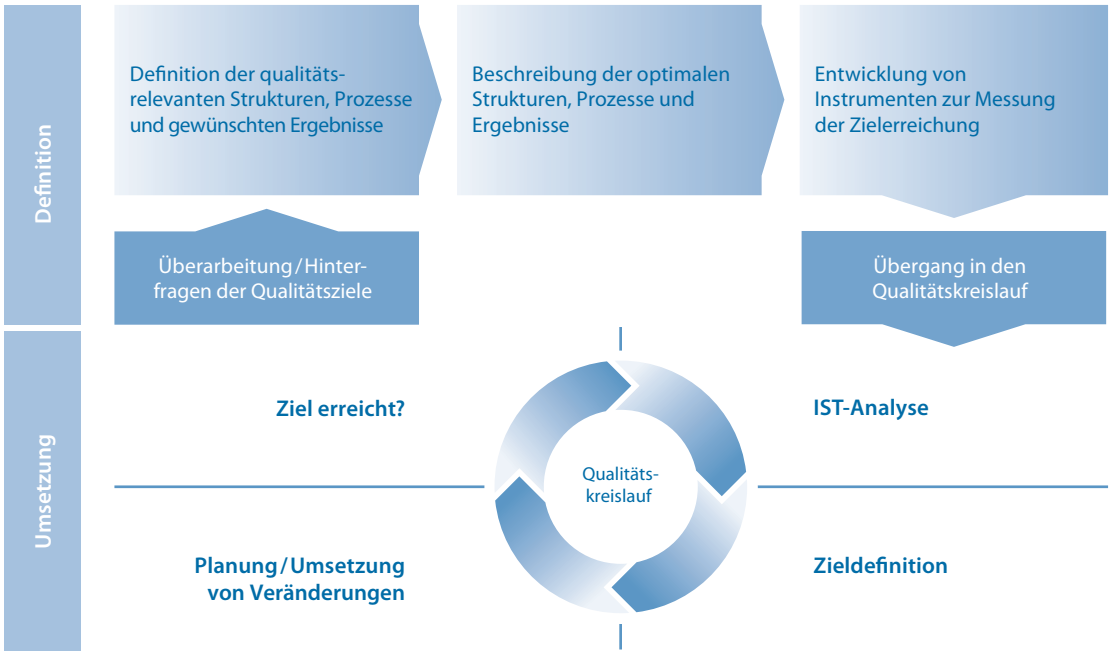

Abbildung 1: *Entwicklung und Umsetzung eines internen Qualitätsmanagement-Systems*

Eine ähnliche Darstellung findet man im sogenannten PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act; Deming 1986). In kleinen Organisationen wie beispielsweise Arztpraxen bildet die Umsetzung eines PDCA-Zyklus oder Qualitätskreislaufs oft eine große Hürde. Schon die Entwicklung eines konkreten Qualitätsmodells, also die umfassende Definition dessen, was Qualität in der eigenen Praxis ausmacht, verschlingt beträchtliche Ressourcen. Andererseits scheint es aber gar nicht notwendig, dass jede einzelne Arztpraxis ein Modell dessen, was Qualität in der Praxis bedeutet, neu „erfindet“. Während die Ziele, Produkte und Rahmenbedingungen für Wirtschaftsunternehmen oft sehr unterschiedlich sind, gilt dies für Arztpraxen in aller Regel nicht. Allein schon die gesetzlichen Vorgaben engen hier den unternehmerischen Gestaltungsspielraum deutlich ein. Deshalb ist es für Arztpraxen sinnvoll, auf Vorarbeiten zurückzugreifen, wenn es um die Erstellung eines Qualitätsmodells für die eigene Praxis geht. In diese Richtung weisen nicht nur Musterhandbücher, sondern auch die formulierten Qualitätsziele im Rahmen des QM-Systems der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), genannt „Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP®)“, und die Qualitätsindikatoren im Rahmen von EPA. Eine Übersicht zu den verfügbaren QM-Systemen für Arztpraxen wird im „Kompendium Q-M-A: Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung“ (Gramsch et al. 2009) gegeben.

Die Indikatoren bei EPA beruhen auf Qualitätsaspekten, die sich für eine gute Praxisführung als relevant erwiesen haben. Das Besondere an diesen Qualitätsindikatoren ist, dass ihnen ein strukturierter, wissenschaftlich fundierter und auch international publizierter Entwicklungsprozess zugrunde liegt, der auch den Entwicklungsprozess eines Qualitätsmodells für niedergelassene Arztpraxen einschließt (Grol et al. 2004, Engels et al. 2005, Engels et al. 2006). Unter der Zielsetzung, die bestmögliche Evidenz für qualitätsrelevante Aspekte einer Arztpraxis zu finden, wurde hier ebenso wie bei den weiteren Entwicklungsschritten die Einbindung möglichst vielfältigen Wissens von international renommierten Experten und erfahrenen Praktikern sichergestellt. Im nächsten Abschnitt wird skizziert, welche Inhalte EPA umfasst.

Innerhalb des EPA-Systems werden die betrachteten Qualitätsindikatoren in fünf große Themenbereiche, sogenannte Domänen, unterteilt (vgl. Abb. 2).

Diese Domänen bilden die qualitätsrelevanten Entwicklungsbereiche einer Arztpraxis ab. Innerhalb der Domänen gibt es 26 Unterthemen (Dimensionen), welche durch einzelne Merkmale (Indikatoren) dargestellt werden. Hinter den Indikatoren stehen insgesamt 413 Fragen oder Informationen (Items), die mit verschiedenen Instrumenten erhoben werden. Dazu gehören ein Selbstassessment, eine Praxisbegehung durch einen externen Visitor (Visitation), eine Patientenbefragung und eine Mitarbeiterbefragung. Zum leichteren Verständnis werden in Tabelle 1 (siehe S. 8) Beispiele dargestellt.

Abbildung 2: *Die Themenbereiche (Domänen) des Europäischen Praxisassessments*

Der Schwerpunkt, den EPA auf die Qualitätsmessungen in einer Praxis legt, stellt auch einen wesentlichen Unterschied zu anderen QM-Systemen dar. Der G-BA fordert in seiner Richtlinie den Einsatz von Patientenbefragungen mit (nach Möglichkeit) evaluierten Instrumenten. Meist umfassen die derzeit beworbenen QM-Systeme aber nur Empfehlungen zur Teilnahme an einer Patientenbefragung. Bei der Durchführung von EPA ist eine Patientenbefragung essentieller Bestandteil des Gesamtsystems. Ähnliches gilt für andere (nicht explizit in der G-BA-Richtlinie erwähnte) QM-Instrumente, wie die Befragungen von Ärzten und Mitarbeitern, z. B. zur Arbeitszufriedenheit oder die Begehung und Bewertung der Praxis durch einen externen Visitor. Dabei weiß man gerade von Visitationen, dass sie ein sehr effizientes Instrument sind, um Veränderungen in Arztpraxen anzustoßen (van den Hombergh et al. 1999). Eine Visitation ist dabei nicht mit einer „Auditierung“ zu verwechseln, weil sie neben der Überprüfung, im Sinne eines formativen und summativen Assessments, auch einen edukativen Anteil hat, der gezielt Anstöße vermittelt (Jamtvedt et al. 2006, O'Brien et al. 2007).

Haben die Vorstellungen davon, was Qualität ist (Qualitätsmodell) und wie diese gemessen werden kann, keinen direkten Bezug zueinander,

© 2011 AQUA-Institut GmbH

entstehen zwangsläufig auch Lücken zwischen dem Qualitätsmodell und den Messinstrumenten – was in der Praxis unnötige Kosten verursacht. Für EPA wurden daher Qualitätsmodell und Messinstrumente von Anfang an parallel entwickelt, um Inkongruenzen zu vermeiden (Grol et al. 2004). Dieses Vorgehen stellt überdies sicher, dass die Entwickler ihre Vorstellungen möglichst stark konkretisieren müssen, damit die Inhalte von EPA leicht verständlich und direkt auf den Praxisalltag übertragbar sind.

Ein QM-System wird erst dann „lebendig", wenn aktiv damit gearbeitet wird. Deshalb muss auch bei EPA die eigentliche Umsetzung durch die Arztpraxis selbst erfolgen. Letztlich kann niemand von außen vorschreiben, wie und mit welcher Priorität die Ziele verfolgt werden sollen und wie man sie am besten erreicht. Allerdings kann die eigenverantwortliche interne Umsetzung durch folgende Elemente unterstützt und erleichtert werden:

- Selbstbewertung der Praxis mittels vorgegebenem Fragebogen / vorgegebener Checkliste
- Befragung der Patienten mittels validiertem Fragebogen unter Berücksichtigung einer Mindestrücklaufquote
- Befragung der Mitarbeiter mittels validiertem Fragebogen
- Begehung der Praxis durch einen externen, akkreditierten Visitor
- Interview des Visitors mit dem Arzt
- Teambesprechung mit allen Mitarbeitern der Praxis zur Auswertung und Interpretation der Befragungen sowie der Erarbeitung von Veränderungsmaßnahmen in der Organisation und im Qualitätsmanagement durch das Team unter der Moderation des Visitors
- Informationen und QM-Materialien für die Strukturierung der Prozesse in der Praxis

Tabelle 1: *EPA – Domänen, Indikatoren, Items (Beispiele)*

Domänen	**Dimensionen** (Beispiele)	**Indikatoren / Items** (Beispiele)
1. Infrastruktur	1.1 Erreichbarkeit/Zugang und Verfügbarkeit	Für unvorhergesehene Ereignisse (z. B. Notfälle) sind im Terminplan Pufferzeiten vorgesehen
	1.2 Medizinische Ausstattung inkl. Medikamente	Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und das Auffüllen der in der Praxis verfügbaren Notfallmedikamente
2. Menschen	2.1 Personalmanagement	Mitarbeiter haben eine Stellenbeschreibung
	2.2 Perspektive der Patienten	Die Patienten fühlen sich gut in Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung einbezogen
3. Informationen	3.1 Fachinformationen für Mitarbeiter	Ärzte haben Zugang zu medizinischen Informationsressourcen
	3.2 Prävention	Patienten werden über die Möglichkeit informiert, für Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen durch die Praxis einbestellt zu werden
4. Finanzen	4.1 Finanzielle Leitung und Verantwortung	Es ist festgelegt, wer Einlagen und Entnahmen aus der Bar-Kasse der Praxis tätigen darf
	4.2 Jährlicher Bericht	Die Praxis erstellt einen jährlichen Bericht ihrer Einnahmen und Ausgaben
5. Qualität und Sicherheit	5.1 Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik	Das gesamte Praxisteam führt regelmäßig Teambesprechungen durch, zu denen Protokolle erstellt und verfügbar gemacht werden
	5.2 Beschwerdemanagement	Die Praxis analysiert und diskutiert Kritik und Beschwerden von Patienten

EPA-Systeme für verschiedene Fachrichtungen

Die Inhalte von EPA wurden speziell für die Anwendung in Arztpraxen entwickelt. Derzeit stehen Systeme für folgende Fachrichtungen zur Verfügung: Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, sonstige Fachärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und (fachübergreifend) für Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Die einzelnen EPA-Systeme richten sich mit ihren Befragungsinstrumenten und Indikatoren an den speziellen Gegebenheiten der jeweiligen Fachdisziplin aus. Die Umsetzbarkeit und Relevanz der Modelle wurden in Pilotstudien bestätigt. Für die Anwendung von EPA in Zahnarztpraxen, in Kinder- und Jugendpraxen, in Psychotherapiepraxen sowie in Medizinischen Versorgungszentren gab es ähnlich umfangreiche Entwicklungsstudien mit Validierung der Indikatoren wie für EPA-Hausärzte. Das Konzept von EPA wurde im Rahmen eines von der Bertelsmann-Stiftung unterstützten Projekts zwischen 2001 und 2005 mit einem internationalen Team aus Hausärzten und Gesundheitswissenschaftlern entwickelt. Den Experten aus den Pionier-Ländern Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, England/Wales und der Schweiz schlossen sich im Jahr 2004 Kollegen aus Israel, Österreich und Slowenien an. Geleitet wurde diese Entwicklungsarbeit von Prof. Richard Grol vom Scientific Centre for Quality of Care Research (IQ Healthcare) der Universität Nijmegen, einer der weltweit größten und renommiertesten Qualitätsforschungseinrichtungen in der Medizin. Zunächst wurden die zugrunde liegenden Erhebungsinstrumente in mehreren Entscheidungsrunden (Delphi-Befragungen) mit einem Expertenkreis von 60 Praktikern und Qualitätsfachleuten aus den beteiligten Ländern abgestimmt und validiert. Diese Verfahren und Instrumente wurden dann in 270 Praxen aus neun Ländern mit über 500 Ärzten, mehr als 1.000 Mitarbeitern und über 8.000 Patienten erprobt (Grol et al. 2004). Dabei erwies sich EPA als gut umsetzbar, zudem zeigte sich eine ausgesprochen positive Resonanz in den beteiligten Praxen.

In Deutschland begann die schrittweise Breitenimplementierung des EPA-Systems für Hausärzte im Sommer 2004 durch das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut). Nachdem sich im Rahmen des internationalen Projekts abzeichnete, dass EPA-Hausärzte umsetzbar sein würde, startete 2005 die Entwicklung eines EPA-Systems für Zahnärzte. An dieser Entwicklung waren neben dem AQUA-Institut insbesondere die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe sowie Wissenschaftler der Universität Heidelberg beteiligt. Bereits seit Oktober 2005 steht auch eine Spezifizierung des EPA-Systems für Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung. An der Weiterentwicklung und Anpassung der bestehenden Instrumente für diese Fachgruppe beteiligten sich neben dem AQUA-Institut insbesondere Teilnehmer eines Qualitätszirkels für Kinder- und Jugendmedizin aus Nordrhein-Westfalen.

EPA-Hausärzte

Die Entwicklung von EPA für Hausärzte wurde im Januar 2005, mit der Veröffentlichung der Projektergebnisse (Grol et al. 2004) im Rahmen eines Workshops, beendet. Die Meilensteine dieses Pilotprojekts sind im Kapitel „Was bewirkt EPA? – Ergebnisse der Evaluationen“ (siehe S. 20) näher beschrieben. Über diesen Zeitraum hinaus haben sich die Teilnehmer des Projekts in einem Verein zusammengefunden (TOPAS-Europe), der die Weiterentwicklung und Pflege des EPA-Systems auf nationaler und internationaler Ebene betreut.

EPA-Zahnärzte

Die positiven Erfahrungen mit EPA für den hausärztlichen Bereich bewirkten, dass bereits Anfang 2004 eine zahnärztliche Arbeitsgruppe ins Leben gerufen wurde, die eine Anpassung der Inhalte und Prinzipien des EPA-Hausarzt-Verfahrens an die Bedingungen der zahnärztlichen Praxis zum Ziel hatte. Träger dieser Initiative waren die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung (Karlsruhe), das AQUA-Institut (Göttingen) sowie zwei engagierte Entwicklergruppen aus niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten.

EPA-Kinder- und Jugendärzte

Ziel der Entwicklung von EPA für Kinder- und Jugendärzte war es, das Basiskonzept in seiner Idee und Struktur so zu bearbeiten, dass damit auch Kinder- und Jugendarztpraxen adäquat erfasst werden können. Dabei stellte sich am Anfang der Entwicklung heraus, dass die vorhandenen EPA-Indikatoren weitgehend übernommen werden konnten. Ein größerer Anpassungsbedarf bestand allerdings im Hinblick auf die Patientenbefragung, die sich hier an Begleitpersonen bzw. Jugendliche richtet.

EPA-MVZ

Ausgehend von den bisherigen EPA-Systemen für Einzel- und Gemeinschaftspraxen erfolgte 2009 die Entwicklung eines einrichtungsinternen QM für MVZ (Medizinische Versorgungszentren). Unter Einbeziehung von Wissenschaftlern und Praktikern aus Medizinischen Versorgungszentren wurden rund 80 spezifische EPA-Indikatoren entwickelt und pilotiert, die die Besonderheiten der fachübergreifenden Kooperation innerhalb eines MVZ erfassen. Das QM-System EPA-MVZ bietet die Möglichkeit eines umfassenden Entwicklungsprozesses für die gesamte Einrichtung.

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Der Ablauf von EPA

Der Ablauf von EPA gliedert sich in vier Phasen, die in Abbildung 3 dargestellt sind. Die ersten drei Phasen beziehen sich auf die eigentliche Durchführung von EPA, die vierte auf mögliche spätere Wiederholungen im Sinne des Qualitätskreislaufs.

Die Anmeldung zu EPA erfolgt schriftlich oder über Internet unter: *www.epa-qm.de*. Nach der Anmeldung erhält die Praxis ein Handbuch mit Informationen zu EPA und zum Zertifikat der Stiftung Praxissiegel e. V. sowie Materialien zur Umsetzung der Themen des Qualitätsmanagements und zur Formulierung von Qualitätszielen. Parallel dazu wird der Praxis ein von der Stiftung Praxissiegel e. V. akkreditierter Visitor (zumeist Arzt oder MFA) durch das AQUA-Institut zugeteilt, der den Praxisbesuch (Visitation) durchführt. Der unabhängige Blick des Visitors soll „blinde Flecken" sowie Stärken und Schwächen der Praxis aufzeigen.

Der Visitor nimmt Kontakt mit der Praxis auf, stellt sich vor und erläutert noch einmal persönlich, welche Schritte bis zur Visitation anstehen. Außerdem spricht er mit der Praxis einen Visitationstermin ab, den das AQUA-Institut der Praxis anschließend schriftlich bestätigt.

Der Visitationstermin findet in einem Zeitraum von 3 – 6 Monaten nach der Anmeldung der Praxis zu EPA statt. Dabei wird darauf geachtet, dass die Praxis vormittags ihren Betrieb fortführen kann und dass nachmittags das gesamte Praxisteam zwei Stunden für die moderierte Teambesprechung zur Verfügung steht. In der Regel ist es sinnvoll, vorab mehrere mögliche Termine in Aussicht zu stellen, die dann innerhalb des Praxisteams abgesprochen werden, um z. B. zu vermeiden, dass die Visitation durchgeführt wird, wenn mehrere Mitarbeiter nicht anwesend sind.

Phase	Vorbereitung und schriftl. Befragungen	Visitation und Teambesprechung	Umsetzung von Qualitätszielen	(Messung der Zielerreichung)
Dauer	**3 – 6 Monate**	**1 Tag**	**Kontinuierlich**	**nach ca. 3 Jahren** (optional)
Inhalt	Information Anmeldung Befragung der Ärzte und Mitarbeiter Patientenbefragung Vorbereitende Teambesprechung	Begehung der Praxis Arztinterview Moderierte Teambesprechung mit Feedback Orientierende Prioritätensetzung	Formulierung von Qualitätszielen und Verbesserungen Arbeiten mit den Materialien Ggf. Nacharbeiten bzgl. Erreichen der Zertifizierungskriterien Eigenverantwortlich: Teambesprechungen, Arbeit im Qualitätszirkel o. ä.	Wiederholung von EPA Befragungen/ Visitation/ Teambesprechung Konnten Ziele erfolgreich umgesetzt werden?

Abbildung 3: *Phasen von EPA*

Nach der Anmeldung und der Absprache des Visitationstermins erhält die Praxis alle erforderlichen Unterlagen zur Durchführung der Befragungen. Begonnen wird mit der Patientenbefragung, die so konzipiert ist, dass die Praxismitarbeiter/-innen sie selbständig organisieren können. Die Unterlagen umfassen:

- eine Anleitung zur Durchführung der Befragung
- Klemmbretter, Stifte sowie Lesebrillen
- ein Plakat zur Information der Patienten über die Durchführung der Befragung
- ein Informationsblatt zum Datenschutz
- 100 Fragebögen
- eine versiegelte Sammelbox zum Einwurf der ausgefüllten Fragebögen durch die Patienten

Die Patientenbefragung besteht im Kern aus dem sogenannten EUROPEP®-Instrument, welches umfassend erprobt und für die hausärztliche Versorgung validiert ist (Grol et al. 2000, Klingenberg et al. 1999). Für die Durchführung im Rahmen der EPA-Systeme für Zahnärzte sowie für Kinder- und Jugendärzte wurde der Fragebogen entsprechend angepasst, pilotiert und nach erneuter Überarbeitung eingesetzt. Das EUROPEP®-Instrument enthält Fragen zur Bewertung der Versorgung aus Patientensicht in diesen Bereichen:

- Arzt-Patient-Kommunikation
- Kommunikation und Zusammenarbeit in der Praxis
- Praxisorganisation (z. B. Wartezeiten, Erreichbarkeit)
- Praxiseinrichtung
- Koordinierung der Versorgung
- Medizinische Aspekte (z. B. Einschätzung der Behandlungsergebnisse)
- Gesamtzufriedenheit

Das EUROPEP®-Instrument zeichnet sich wegen seiner Einfachheit und Verständlichkeit durch eine sehr hohe, altersunabhängige Akzeptanz bei den Patienten aus. Aufgrund seiner Kürze eignet es sich auch für das Ausfüllen direkt in der Praxis. Dadurch, wie auch durch die Verwendung von stabilen Urnen, die mit Siegeln gegen unbefugtes Öffnen geschützt sind, wird eine sehr hohe Rücklaufquote erreicht (im Durchschnitt über 90 %). Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse durch Nicht-Antwortende (Non-Responder) werden so gering gehalten.

Nachdem die Patientenbefragung angelaufen ist, führt die Praxis eine Mitarbeiterbefragung durch, die folgende Elemente beinhaltet:

- eine(n) Selbstbewertung/Auskunftsbogen für die Arztpraxis
- Fragebögen für jeden ärztlichen Mitarbeiter
- Fragebögen für jeden nicht-ärztlichen Mitarbeiter

Die Selbstbewertung enthält Fragen zu einer Reihe von grundlegenden Regelungen innerhalb der Praxis. Sie wird stellvertretend von einem Arzt für die gesamte Arztpraxis beantwortet (dieser ist während der Durchführung von EPA innerhalb der Praxis der erste Ansprechpartner für die Visitoren und das AQUA-Institut). Der Fragebogen enthält unter anderem Fragen zu folgenden Aspekten:

- organisatorische Ausstattung der Arztpraxis (Telefon, Fax)
- Erreichbarkeit der Arztpraxis
- Personalmanagement
- Notfallmanagement
- EDV-Infrastruktur und Datenschutz

Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung werden Mitarbeiter der Praxis schriftlich und anonym befragt. Mit der sogenannten Arbeitszufriedenheitsskala (Warr et al. 1979, Sibbald et al. 2000) wird ein validiertes Instrument zur Messung der Arbeitszufriedenheit eingesetzt. Es enthält beispielsweise Fragen zur Arbeitsbelastung, zur Einschätzung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz und zur Regelung von Verantwortlichkeiten innerhalb der Praxis. In die Mitarbeiterbefragung werden alle Mitglieder des Praxisteams und deren Arbeitsperspektiven einbezogen. Insofern stellt sie ein wichtiges Instrument der Mitarbeiterorientierung dar und ermöglicht es, verborgene Potenziale zu entdecken und in der Folge die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Die Rücksendung der anonymen Fragebögen erfolgt per Freiumschlag an das AQUA-Institut. Aus datenschutzrechtlichen Gründen erfolgt eine Auswertung und Rückmeldung der Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung nur, wenn aus einer Praxis mindestens zwei Fragebögen vorliegen.

Die Fragebögen aller schriftlichen Befragungen werden vom AQUA-Institut erfasst und analysiert, sodass die Ergebnisse bis zum Visitationstag zur Verfügung stehen. Nach Rücklauf aller Befragungen sowie nach Dateneingabe und -analyse, erhält der Visitor die Unterlagen zur Visitation. Sie bestehen aus einem Feedback-Bericht auf Basis der Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, den Fragebogeninstrumenten, die der Visitor benötigt (Checkliste und Interviewleitfaden) und weiteren für die Visitation notwendigen Unterlagen.

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Visitation

„Praxisbegehungen sollten in einer kollegialen Atmosphäre auf Augenhöhe stattfinden. Ziel ist es, nicht nur auf Schwächen hinzuweisen, sondern auch Stärken herauszustellen." (Schluckebier 2011)

Praxisvisitationen sind ein etabliertes Verfahren im Rahmen der Qualitätsförderung und ein anerkanntes Unterstützungsinstrument für die Praxen (van den Hombergh 1998, Gramsch et al. 2009). Im Vordergrund einer Visitation stehen der kollegiale „Blick von außen" sowie die Unterstützung bei der Interpretation der Qualitätsindikatoren. Der Visitationstag besteht aus folgenden Elementen:

- Ankunft/Vorstellung
- Begehung
- Arztinterview
- Dateneingabe/Pause
- Teambesprechung

Die Dauer der gesamten Visitation beträgt ca. 5 bis 6 Stunden. Der genaue Zeitrahmen wird zwischen der Arztpraxis und dem Visitor abgesprochen. Der Ablauf einer Visitation ist im Folgenden beispielhaft dargestellt (vgl. Abb. 4).

Vor dem Praxisbesuch hat der Visitor mindestens einmal außerhalb der Sprechzeiten die Praxisnummer angerufen, um zu überprüfen, ob die Angaben auf dem Anrufbeantworter klar, verständlich und ausreichend sind. Nach dem Eintreffen des Visitors in der Praxis und einer Vorstellung beginnt die Begehung. Der Visitor prüft anhand einer Checkliste die Infrastruktur der Praxis, wozu u. a. die Ausrüstung für Hausbesuche und Notfälle, der Hygieneplan, die Barrierefreiheit der Praxis sowie das für Patienten ausgelegte Informationsmaterial zu medizinischen Themen gehören. Eine Medizinische Fachangestellte begleitet den Visitor bei seinem Weg durch die Praxis.

Im Anschluss an die Praxisbegehung folgt das Arztinterview (bei Gemeinschaftspraxen in der Regel nur mit einem Arzt, damit der Sprechstundenbetrieb möglichst unbeeinträchtigt bleibt). In einem etwa halbstündigen Gespräch werden dabei weitere Informationen über die Praxis eingeholt und bisher unklare Fragen aus dem Selbstassessment geklärt. Gegen Ende des Interviews wird der Ergebnisstand in Bezug auf die Zertifizierungskriterien der Stiftung Praxissiegel e. V. besprochen.

Anschließend ist eine ca. einstündige Mittagspause für das Praxisteam vorgesehen, die der Visitor dazu nutzt, die ermittelten Daten in sein Notebook einzugeben. Er sendet diese per UMTS/GPRS-Karte über eine sichere Verbindung in die EPA-Datenbank VISOTOOL®. Dort werden die Daten gespeichert und analysiert. Sie stehen nach wenigen Minuten für interaktive Online-Abfragen zur Verfügung. Danach bereitet der Visitor die Teambesprechung vor, prüft die Technik auf ihre Funktionalität und sorgt für eine freie Fläche an der Wand, auf der die Ergebnisse der Visitation mithilfe eines Beamers für alle gut sichtbar präsentiert werden können.

Uhrzeit (Beispiel)	**Programmpunkt**	**Tätigkeit des Visitors**
09:45	Ankunft / Vorstellung	Persönliche Vorstellung beim Praxisteam, Besprechen des Ablaufs
10:00 – 11:30	Begehung der Praxis	Ausfüllen der Checkliste zur Visitation, Begleitung durch eine Medizinische Fachangestellte aus der Praxis
11:30 – 13:00	Arztinterview	Durchführung anhand eines Interviewleitfadens
13:00 – 14:00	Dateneingabe / Pause	Eingabe der Daten in VISOTOOL®, Vorbereitung der Teambesprechung
14:00 – 16:00	Teambesprechung	Ergebnispräsentation, Einführung in die Arbeit mit VISOTOOL®, Erarbeitung von Qualitätszielen, u. a. unter Nutzung von QM-Materialien und To-Do-Listen

Abbildung 4: *Ablauf der Visitation*

Teambesprechung

Der eigentliche Übergang in ein strukturiertes Qualitätsmanagement wird durch die Teambesprechung markiert. Hierbei wird das Fundament gelegt, auf dem die Praxis nach Abschluss von EPA ihre Qualitätsziele eigenständig definieren und erreichen kann. Weil das Instrument der Teambesprechung auch für die spätere Arbeit in der Arztpraxis wichtig ist, muss bei der Besprechung das gesamte Praxisteam anwesend sein. Mit der Teambesprechung sind folgende grundlegende Ziele verbunden:

- Kurzvorstellung der Teilnehmer
- Überblick über die Ergebnisse der Arztpraxis
- Erkennen der organisatorischen Stärken und Schwächen
- Vergleich mit den Ergebnissen anderer Praxen (Benchmarking)
- Besprechung der vom Praxisteam ausgewählten Themen aus der Rückmeldung
- Gemeinsame Entwicklung von ersten Lösungsstrategien
- Bedienung der VISOTOOL®-Software
- Kennenlernen und Anwenden der QM-Materialienseiten in VISOTOOL®

Nach Begrüßung und kurzer Kennenlernphase stellt der Visitor zunächst in einer Übersicht dar, welches Bild der Praxis sich aufgrund von EPA ergibt. Diese Informationen leitet der Visitor direkt aus der VISOTOOL®-Datenbank ab und präsentiert sie mittels eines Beamers. Er demonstriert die Ergebnisse der Auswertung und moderiert die Teambesprechung, in der erste Veränderungsschritte festgelegt werden. In die Auswertungsbesprechung werden alle Teammitglieder einbezogen. Im Verlauf der Teamsitzung erhält die Praxis ein strukturiertes Feedback und wird darüber informiert, wo ihre Stärken und wo ihre Schwächen liegen. Diese wurden mithilfe einer empirischen Stärken-Schwächen-Analyse, die auf Messung konkreter Indikatoren gründet, herauskristallisiert. So können Verbesserungen dort initiiert werden, wo tatsächlich ein Bedarf besteht. Zusätzlich können Prioritäten gesetzt werden, wie beispielsweise zuerst sicherheitsrelevante Aspekte zu verbessern. Aufgaben und verantwortliche Personen können in die Datenbank in eine To-Do-Liste eingetragen werden. Dabei ist der direkte Bezug zu den Qualitätsthemen gegeben. Diese Liste dient der Praxis als Unterstützung, um die Ziele zur Qualitätsentwicklung auszuarbeiten und zu erreichen.

Durch den (passwortgeschützten) Zugriff auf die VISOTOOL®-Datenbank kann die Praxis in den folgenden drei Jahren jederzeit an ihren Qualitätszielen arbeiten und sich in jedem Detail mit anderen EPA-Praxen vergleichen. Auch der Vergleich mit Subgruppen von Praxen (stratifiziert beispielsweise nach Größe, Region, Netz usw.) ist möglich. Anhand von Beispielen wird in der moderierten Teambesprechung demonstriert, wie sich einerseits Qualitätsziele aus den Ergebnissen ableiten lassen und andererseits, wie sich diese Ziele mithilfe der zur Verfügung gestellten QM-Materialien erreichen lassen.

Nach abgeschlossener Visitation werden der Praxis die Erhebung der Qualitätsindikatoren (anhand der Ergebnisse in VISOTOOL®) und die ordnungsgemäße Durchführung der Visitation vom Visitor auf einem gesonderten Formular bescheinigt. Das Team des AQUA-Instituts sendet der Praxis nach Erhalt und Überprüfung der Unterlagen eine schriftliche Bestätigung über die Erfüllung der Zertifizierungskriterien sowie ein Formular zur Beantragung des Zertifikats bei der Stiftung Praxissiegel e. V. zu. Erfüllt eine Praxis die genannten Anforderungen nicht, wird der Praxis ein Zeitraum von 6 Wochen eingeräumt, um entsprechende Nachbesserungen nachzuweisen.

© 2011 AQUA-Institut GmbH

VISOTOOL®

VISOTOOL® ist eine serverbasierte Software bzw. ein System, das vom AQUA-Institut speziell für die Unterstützung von EPA entwickelt wurde.

Inhaltlich betrachtet ist VISOTOOL® eine Software, die den gesamten Prozess von EPA – von der Anmeldung über den Versand der Fragebogeninstrumente bis hin zu Visitation, Dateneingabe, Auswertung und weiteren Elementen zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung in den Arztpraxen – in ein einziges System integriert, ihn stabilisiert und steuert. VISOTOOL® fügt EPA zudem qualitätsfördernde Elemente bei, die ohne eine solche Software kaum denkbar wären, wie beispielsweise das Feedback am Tag der Visitation im Rahmen einer Teambesprechung und den dauerhaften Zugriff auf die Datenbank (mit jeweils aktuellen Benchmarks) zur weiteren Nutzung von Ergebnissen und QM-Materialien.

Der Zugriff auf VISOTOOL® erfolgt über einen Internet-Browser mittels Benutzerkennung, Passwort und einer SSL-verschlüsselten Verbindung. Teilnehmende Arztpraxen erhalten ein Passwort, das sie berechtigt, ihre eigenen Ergebnisse und anonyme Ergebnisse (Durchschnittswerte, Benchmarks) anderer Praxen einzusehen. Die Namen der Praxen sind grundsätzlich pseudonymisiert, sodass kein Rückschluss auf bestimmte Praxen möglich ist. Der Funktionsumfang von VISOTOOL® lässt sich in folgende Bereiche gliedern: Steuerung der Kernprozesse von EPA (Administration), Dateneingabe, Indikatorenverwaltung, Durchführung von Feedback/Benchmarking und Förderung der Qualitätsentwicklung. Da der Bereich „Feedback“ hierbei das Kernelement ist, wird es nachfolgend kurz erläutert.

Die Feedback-Funktion von VISOTOOL® war die ursprüngliche Hauptmotivation zur Entwicklung dieses Programms. Hintergrund war der Wunsch, schon den Tag der Visitation für eine Diskussion der Ergebnisse mit dem gesamten Praxisteam nutzen zu können. Dies wird möglich, weil die Ergebnisse der schon vorab erfolgten Befragungen im System vorgehalten werden, und am Visitationstag eine Online-Dateneingabe weitere Informationen liefert, die unmittelbar ausgewertet werden können. Eine Ergebnisdiskussion zu einem späteren Zeitpunkt und an einem separaten Termin mit externer Moderation wäre sehr kostenaufwendig und somit schwer realisierbar. Die alleinige Versendung eines Ergebnisberichts würde das in EPA liegende Verbesserungspotenzial jedoch nur unzureichend ausschöpfen. Durch die Verwendung des Online-Werkzeuges VISOTOOL® können hingegen alle Chancen zum Benchmarking und zur nachhaltigen Umsetzung von Qualitätsmanagement optimal genutzt werden.

Im Hinblick auf die Vielzahl der in EPA betrachteten Indikatoren war eine der wesentlichen Fragen bei der Entwicklung des Systems, wie die Ergebnisse übersichtlich dargestellt werden können. Das Feedback wird im EPA-Modell durch drei Ebenen strukturiert: die Domänen, die Dimensionen und die Indikatoren.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse auf Ebene der Domänen ist in Abbildung 5 zu sehen. Die fünf Domänen werden dabei durch ein hausförmiges Fünfeck bzw. einen Pentagraph repräsentiert. Eine Praxis sieht hier ihre Ergebnisse (rote, durchgezogene Linie) verglichen mit den durchschnittlichen Ergebnissen aller Praxen (blaue, gestrichelte Linie). Je näher die jeweiligen Linien an der äußeren schwarzen Linie liegen, desto besser ist das Ergebnis.

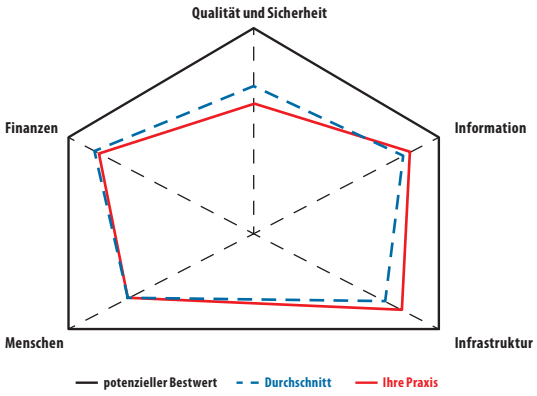

Abbildung 5: *Zusammenfassung der Ergebnisse im Pentagraph*

Ausgehend vom Pentagraph kann eine Praxis ihre Ergebnisse auf Ebene der Dimensionen und Indikatoren genauer betrachten. Abbildung 6 zeigt ein Beispiel für die Darstellung von Ergebnissen auf Ebene der Dimensionen.

Nr. Dimension	Zielerreichung in % der maximalen Punktzahl		Details		
	Ihre Praxis	Durchschnitt	Grafik	ToDo	Indikatoren
1 Erreichbarkeit / Zugang und Verfügbarkeit	44%	71%			8
2 Zugang/Einrichtungen für gehandikapte Personen	100%	58%			4
3 Räumlichkeiten	57%	75%			7
4 Nicht medizinische Ausstattung	86%	81%			7
5 IT-Sicherheit	83%	87%			6
6 Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente	56%	71%			7
Insgesamt: Infrastruktur	68%	74%			39

Abbildung 6: *Beispiel für eine Ergebnisdarstellung auf Ebene der EPA-Dimensionen*

Für jede Dimension kann neben dem Durchschnittswert auch die Streuung über die in der Datenbank gespeicherten Arztpraxen dargestellt werden. Abbildung 7 zeigt als Beispiel ein Streudiagramm für die Dimension „Erreichbarkeit/Zugang und Verfügbarkeit“. Zudem ist es möglich, die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren, die dieser Dimension zugeordnet sind, im Detail zu betrachten.

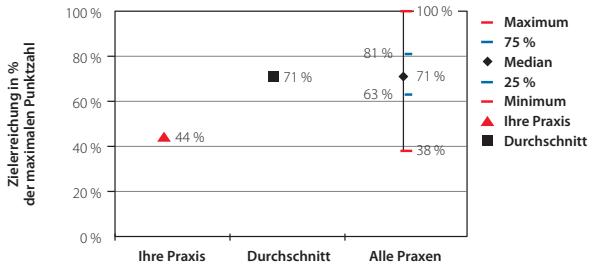

Abbildung 7: *Beispiel für ein Streudiagramm*

Im Rahmen der interaktiven Ergebnisbetrachtung ist zudem eine Stratifizierung möglich. Eine Praxis kann sich dann auch mit ähnlichen Arztgruppen (Netz, Qualitätszirkel, Gemeinschaftspraxen, ländliche Praxen) vergleichen (siehe Abb. 8). Neben dieser interaktiven Betrachtung der Ergebnisse ist VISOTOOL® auch in der Lage, einen zusammenfassenden Bericht „auf Knopfdruck“ zu erstellen.

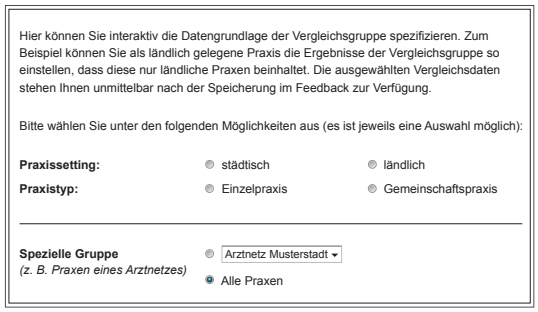

Abbildung 8: *Interaktive Auswahl der Praxen für die Vergleichsgruppe (Stratifizierung)*

Dieses indikatorengestützte Feedback ist ein wichtiges Element der Qualitätsförderung. Ein weiteres wesentliches Element ist die Besprechung der Ergebnisse des Assessments am Visitationstag. Im Rahmen dieser Besprechung mit dem gesamten Praxisteam werden die Stärken der Praxis dargestellt sowie jene Bereiche analysiert, in denen die Praxis Verbesserungspotenzial hat. Der besondere Charme von EPA liegt dabei in der Verknüpfung verschiedener Perspektiven, die sich aus den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten (Patienten- und Mitarbeiterbefragung plus Perspektive des Visitors) ergeben. Das Team erhält so eine punktgenaue Analyse, welche Bereiche aus QM-Sicht verbessert werden sollten. Für die Umsetzung der zu verbessernden Aspekte werden u. a. QM-Mustermaterialien sowie ein Planungstool zur Formulierung von Maßnahmen (To-Do-Listenfunktion) und Qualitätszielen zur Verfügung gestellt, die in VISOTOOL® integriert sind. Damit können Verbesserungsmaßnahmen anhand konkreter Verantwortlichkeiten und eines Terminplans benannt werden. Die Maßnahmen sind jeweils den EPA-Indikatoren bzw. Dimensionen zugeordnet.

Folgendes Beispiel veranschaulicht die Nutzung dieser Unterstützungsinstrumente: Bei der Praxisbegehung stellt sich heraus, dass der Umgang mit den Arzt- und Notfalltaschen in der Praxis nicht zufriedenstellend geregelt ist. Dies kann dazu führen, dass im Bedarfsfall für die Patientenversorgung wichtige Medikamente nicht zur Verfügung stehen. Durch das Gespräch mit dem Visitor wird das Praxisteam für diesen „blinden Fleck“ im organisatorischen Ablauf sensibilisiert. Bei der Analyse wird das Problem deutlich: Bisher wurden die notwendigen Inhalte für die Arzttasche und den Notfallkoffer nicht explizit festgelegt. Daher fehlte den Mitarbeitern die Grundlage zur Überprüfung der Vollständigkeit der Taschen. Gemeinsam mit dem Visitor werden erste Verbesserungsmöglichkeiten überlegt. Es wird vereinbart, zunächst den Inhalt der Arzttaschen und des Notfallkoffers zu definieren und in einer Liste schriftlich festzuhalten. Da bereits über die Mitarbeiterbefragung deutlich wurde, dass das Team sich generell mehr Klarheit in der Regelung von Zuständigkeiten wünscht, wird im zweiten Schritt die Verantwortlichkeit für die Überprüfung der Taschen festgelegt. Das Team notiert in der To-Do-Liste (vgl. Abb. 9) die Schritte zur Umsetzung und benennt den verantwortlichen Mitarbeiter. Neben der Nutzung der To-Do-Listen steht der Praxis in VISOTOOL® ein Downloadbereich mit weiteren QM-Materialien zur Verfügung. Die Praxis kann hier aus einem Dokumentenpool Verfahrensanweisungen, Checklisten, aber auch Literaturhinweise auswählen. Für das geschilderte Beispiel steht der Praxis eine Checkliste mit Vorschlägen für den Inhalt von Arzt- und Notfalltaschen sowie für deren Überprüfung zur Verfügung. Diese Checkliste kann natürlich für die eigenen Gegebenheiten individuell angepasst werden.

Domain	Dimension	Indikator	To-Do	Bis wann	Wer	Erledigt
Infrastruktur	Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente	Die Praxis hat eine Liste über den Inhalt der Arzttaschen	Definition des Arzttaschen- und Notfallkofferinhaltes durch Dr., danach regelmäßige Überprüfung anhand Checkliste festlegen und umsetzen (Mitarbeiterin A)	2011-10-20	Dr. A., Mitarbeiterin A	Nein
Qualität und Sicherheit	Hygiene, Verletzungsschutz und Infektionsschutz	Die Praxis verfügt über einen schriftlich fixierten Hygieneplan mit geregelten Verantwortlichkeiten	Ausführlichen Hygieneplan erstellen, z. B. nach Vorlage Gesundheitsamt Frankfurt	2011-09-30	Mitarbeiterin B	Nein
Informationen	Informationen für Patienten über die Behandlung/ medizinische Themen	Die Praxis hält eine Auswahl von Informationsbroschüren für ihre Patienten bereit	Auslage von Patienteninformationen für die wichtigsten Indikationen verbessern	2011-09-30	Mitarbeiterin A	Ja
Menschen	Perspektive der nicht-ärztlichen Mitarbeiter	Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter haben den Eindruck, ihre Fähigkeiten nutzen zu können	Delegation von Impfungen überprüfen und ggf. einführen	2011-09-30	Dr. A, Mitarbeiterin B	Nein
Qualität und Sicherheit	Beschwerdemanagement	Kritik und Beschwerden der Patienten werden von der Praxis dokumentiert	In der EDV einen Patienten “Beschwerde“ anlegen. In Teambesprechung Verfahren besprechen (Identifizierung von unterschiedlichen Beschwerden und ihrer jeweiligen Umgangsform)	2011-09-23	Frau Muster	Nein
Menschen	Perspektive der Patienten	Die Patienten fühlen sich auf die Behandlung durch einen Facharzt/ eine Fachärztin oder das Krankenhaus gut vorbereitet	Informationen zu diagnostischen Leistungen aufzeigen, Liste von Fachärzten erstellen und aushändigen. Mitarbeiterinnen informieren	2011-08-31	Dr. Meier	Ja

Abbildung 9: *To-Do-Liste in VISOTOOL®*

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Zertifizierung durch die Stiftung Praxissiegel

Die Durchführung von EPA und die Beantragung eines Zertifikats bei der Stiftung Praxissiegel e. V. sind zwei unterschiedliche Vorgänge. Bei EPA handelt es sich um ein OM-System mit einem edukativen Ansatz, mit dem der Auf- und Ausbau eines internen QM-Systems gefördert werden soll. Das Zertifikat der Stiftung Praxissiegel bestätigt der Praxis das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die Erfüllung wesentlicher Qualitätsmerkmale. Der vorrangige Zweck des Zertifikats ist das Signal nach außen (z. B. an Patienten), hier eine Praxis mit geprüfter Qualität vorzufinden. Erfahrungsgemäß ist eine solche Signalwirkung nur dann dauerhaft vertrauenswürdig, wenn der edukative Ansatz von EPA durch prüfende und fordernde Komponenten abgesichert wird. Im Rahmen der Zertifikatsvergabe durch die Stiftung Praxissiegel e. V. werden folgende drei Schritte geprüft und gefordert:

1. Ordnungsgemäße Durchführung des Europäischen Praxisassessments
2. Mindestgrad der Zielerreichung über alle Indikatoren
3. Erfüllung besonders sicherheitsrelevanter Indikatoren

Die Zertifizierungskriterien können auf der Homepage der Stiftung Praxissiegel e. V. eingesehen werden (*www.praxissiegel.de*). Mit dem Zertifikat dokumentiert die Praxis, dass sie ein Selbst- und Fremdassessment anhand valider, wissenschaftlich fundierter Indikatoren durchgeführt hat und dass sie sich in einem Prozess kontinuierlicher Qualitätsförderung nach dem Modell des Qualitätskreislaufs befindet. Für die Effektivität von EPA und die Aussagekraft seiner Ergebnisse muss der Prozess korrekt durchgeführt werden. Hierzu gehört, dass alle Angaben seitens der Praxis wahrheitsgemäß sind. Darüber hinaus gilt das Assessment nur dann als ordnungsgemäß abgeschlossen, wenn alle einzelnen Bestandteile (Selbstassessment, Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung, Praxisbegehung durch einen externen Visitor, Interview, Teambesprechung) auch tatsächlich durchgeführt wurden. Hierzu gehört auch, dass die Arbeit der Visitoren im Rahmen der Begehung von der Praxis unterstützt wird.

Die Stiftung Praxissiegel e. V. geht davon aus, dass eine 100 %ige Zielerreichung bei allen, zum Teil sehr anspruchsvollen, Indikatoren nur in Ausnahmefällen erreicht werden kann. Dafür sind das Leistungsspektrum ärztlicher Praxen und ihre jeweilige Fokussierung zu unterschiedlich. Zum Teil gibt es für den Einzelfall sogar gute Gründe, warum die Erfüllung eines Indikators für die eigene Praxis bewusst nicht angestrebt wird. Erfahrungen im Rahmen der Pilotierung haben jedoch gezeigt, dass, über alle Indikatoren gesehen, zumindest eine Zielerreichung von 50% gegeben sein sollte. Ergebnisse aus den bisherigen Assessments haben zudem einige zentrale Aspekte aufgezeigt, die besonders sicherheitsrelevant sind, wie zum Beispiel „Die medizinische, elektronische Ausstattung wird regelmäßig nach den gesetzlichen Vorgaben überprüft. Dieses kann auf Verlangen nachgewiesen werden" oder „Jedem Mitarbeiter der Praxis (einschließlich des Reinigungspersonals) wurde eine Impfung gegen Hepatitis B angeboten." Um ein Zertifikat zu erlangen, dürfen die entsprechenden Qualitätsindikatoren keine Mängel anzeigen.

Ziel von EPA ist es, einen Qualitätsentwicklungsprozess im Sinne des Qualitätskreislaufs bzw. des PDCA-Zyklus in Gang zu bringen und nachhaltig zu unterstützen. Dem liegt das Verständnis von einer Praxis als lernender Organisation zugrunde. Inwieweit dies tatsächlich gelungen ist, wird im Rahmen der Re-Zertifizierung nach spätestens drei Jahren geprüft. Es wird erwartet, dass eine Praxis bis dahin konkrete interne Qualitätsentwicklungsprojekte erfolgreich durchgeführt hat bzw. dass sie Verbesserungsmaßnahmen und deren Ergebnisse benennen kann.

Seit 2004 wurden insgesamt 1.745 Arztpraxen zertifiziert (Stand: August 2011). Dazu zählen 1.351 Hausärzte, 197 Zahnärzte, 49 Kinder- und Jugendärzte und 138 Fachärzte anderer Fachrichtungen. Außerdem wurden bisher 10 Medizinische Versorgungszentren zertifiziert. 392 Zertifikate sind aufgrund einer Re-Zertifizierung vergeben worden.

Betont sei nochmals, dass eine spätere Zertifizierung durch die Stiftung Praxissiegel e. V. keine Voraussetzung ist, um an EPA teilzunehmen. Ca. 10 – 20 % der Praxen, die EPA erfolgreich durchlaufen haben, streben anschließend – aus welchen Gründen auch immer – keine Zertifizierung an.

Stiftung Praxissiegel

European Health Award

EPA wurde im November 2009 von einem internationalen Komitee mit dem renommierten „European Health Award“ (*www.ehfg.org/award.htm*) ausgezeichnet.

Mit diesem Preis werden jedes Jahr grenzüberschreitende Projekte zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union ausgezeichnet. Ins Leben gerufen wurde die Auszeichnung, die als europäischer „Gesundheits-Oscar“ gilt, vom European Health Forum Gastein.

Partner des Preises sind die Europäische Kommission, das European Observatory on Health Systems and Policies, das Land Salzburg, die Weltbank und die World Health Organization/Europe.

*EPA ist der Gewinner des „**European Health Award**“ 2009*

Datenschutz

EPA wird auf Grundlage geltender datenschutzrechtlicher Bestimmungen durchgeführt. Für die Verwendung von VISOTOOL® gibt es ein umfassendes Sicherheitskonzept, das keine Identifizierung der Praxis von außen erlaubt. Es erfolgt keinerlei Datenweitergabe an Dritte, auch nicht an die Stiftung Praxissiegel e. V. Die Auswertungen werden ausschließlich den Einrichtungen für ihr internes Qualitätsmanagement und für anonymisierte Vergleiche (Benchmarking) zur Verfügung gestellt. Für wissenschaftliche Zwecke bzw. für entsprechende Auswertungen von aggregierten Daten – wozu die Praxen vorab im Anmeldebogen um ihre Zustimmung gebeten werden – werden die einzelnen Praxen anonymisiert.

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Was bewirkt EPA? – Die Ergebnisse der Evaluationen

Die Pilotstudie und erste Evaluationsschritte

„Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein." (Philip Rosenthal, dt. Unternehmer)

Einer der wesentlichen Meilensteine bei der Entwicklung des EPA-Systems war die Pilotstudie, in der die zuvor wissenschaftlich entwickelten Instrumente erstmals in einem größeren Rahmen angewendet und getestet wurden. Die Studie begann im November 2003 und lief bis zum März 2004. Insgesamt nahmen daran über 270 Hausarztpraxen aus neun europäischen Ländern teil. In Deutschland konnten 52 Praxen aus elf Bundesländern für das Projekt gewonnen werden. Ziel der Pilotstudie war es, das EPA-Instrument und den Indikatorensatz im internationalen „Anwendungsalltag" auf Reliabilität und Validität hin zu überprüfen. Pro Land sollten mindestens 30 Praxen an der Studie teilnehmen. Außerdem sollten die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Stärken und Schwächen der Teilnehmer im internationalen Vergleich, differenziert nach Tätigkeit in Gemeinschafts- oder Einzelpraxen sowie nach ländlicher oder städtischer Region, miteinander verglichen werden (Grol et al. 2004). Die Ergebnisse der Pilotstudie und der anschließenden Validierungen sind in gemeinsamen Veröffentlichungen der Projektpartner publiziert worden (Grol et al. 2004, Engels et al. 2005, Engels et al. 2006). In Deutschland wurde die Durchführung der Pilotstudie durch das AQUA-Institut koordiniert. Die Ergebnisse für die teilnehmenden Hausarztpraxen in Deutschland werden im Folgenden kurz beschrieben.

Für die Datenerhebung wurden vor der Visitation die verschiedenen Fragebögen für den hauptverantwortlichen Arzt, die anderen in der Praxis tätigen Ärzte sowie die nicht-ärztlichen Mitarbeiter an die Praxen versendet. Zudem wurden 75 Patientenfragebögen je Praxis verschickt, von denen mindestens 50 % ausgefüllt an das AQUA-Institut zurückgesendet mussten, damit die Ergebnisse der Auswertungen aussagefähig waren. Der Datenrücklauf der Patientenbefragungen war mit durchschnittlich ca. 70 Fragebögen sehr gut und entspricht einer Quote von rund 94 %. Die Rücklaufquote der Fragebögen für den hauptverantwortlichen Arzt lag bei 100 % (52 von 52); für die anderen ärztlichen Mitarbeiter der Praxis betrug sie 97 % (88 von 91) und für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter lag sie bei 89 % (260 von 290).

Die Praxen der Pilotstudie waren zu 54 % städtisch und hatten eine durchschnittliche Fallzahl von 1.499 Patienten pro Quartal (inkl. Privatpatientenanteil). Die an der Befragung teilnehmenden Patienten waren zu 59,8 % Frauen und hatten, über beide Geschlechter, ein Durchschnittsalter von 51,8 Jahren.

Hinsichtlich der Zielerreichung in den fünf Themengebieten (Domänen), gemessen über 194 Indikatoren, zeigte sich ein sehr heterogenes Bild. Der geringste Zielerreichungsgrad wurde mit durchschnittlich 62 % in der Domäne „Qualität und Sicherheit" festgestellt. Dieser Wert streute allerdings zwischen 18 % und 90 % in den beteiligten 52 Praxen. Der höchste Zielerreichungsgrad wurde in der Domäne „Finanzen" mit durchschnittlich 83 % gemessen.

Nach Abschluss der Pilotstudie wurden noch Änderungen und Ergänzungen an einzelnen Indikatoren vorgenommen. Dies muss bei einem direkten Vergleich mit den Ergebnissen nachfolgender Evaluationen berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse der Pilotstudie haben gezeigt, in welchen Bereichen die deutschen Teilnehmer Stärken und Schwächen aufwiesen und wo entsprechender Anpassungs- und Änderungsbedarf zu finden war. Die teilnehmenden Praxen wiesen insgesamt eine Zielerreichung von durchschnittlich 62,6 % auf, was als Orientierungsgröße für Vergleiche der Leistungsfähigkeit mit anderen Praxen (Benchmarking) herangezogen werden konnte.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich mit Blick auf die Zielerreichung in vielen betrachteten Bereichen und Dimensionen eine große Bandbreite zwischen den „Besten" und den „Schlechtesten" zeigte; von einer Homogenität der Teilnehmer kann folglich nicht gesprochen werden. EPA hebt hier insbesondere auf die mehrperspektivische Einschätzung des Praxisgeschehens ab. Die Quoten für den Fragebogenrücklauf, sowohl für die Patientenbefragungen (94 %) als auch für die Befragung der Mitarbeiter (nicht-ärztlich: 89 %, ärztlich 100 %), sind als überaus gut einzustufen.

Gute durchschnittliche Ergebnisse zeigten die Erhebungen in den Domänen „Infrastruktur“ (70 %), „Menschen“ (72 %) und „Finanzen“ (83 %). Sicher finden sich auch für diese Bereiche nach wie vor Möglichkeiten für Verbesserungen. Der Grundsatz „Wer aufgehört hat, besser zu werden, hat aufgehört, gut zu sein“ kann auch für Praxen gelten, die in sämtlichen Bereichen überdurchschnittliche Werte aufweisen. Das Ziel eines solchen Assessments ist ja gerade die Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und die Stärkung des Qualitätsbewusstseins im gesamten Team.

Im Zeitraum 2006/2007 wurde eine erste Evaluation der Ergebnisse mit 59 freiwillig teilnehmenden Praxen durchgeführt. Bereits 12 bis 15 Monate nach der Einführung von EPA waren sichtbare Qualitätsverbesserungen, insbesondere in sicherheitsrelevanten Bereichen, nachweisbar. Auch die Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Praxismitarbeitern hatte sich verbessert, nur die Patientenzufriedenheit veränderte sich kaum, da sie sich bereits auf einem hohen Niveau befand. Allerdings musste damals wegen des dafür notwendigen zusätzlichen Aufwands auf eine Vergleichsgruppe und auf eine erneute Visitation der Praxen verzichtet werden. Die Ergebnisse wurden auf dem Sommersymposium von Stiftung Praxissiegel e. V. „Qualität schafft Vertrauen – Positive Effekte von Qualitätsmanagement für Arzt, Patient und Beitragszahler“ am 6. Juli 2007 in Berlin vorgestellt und diskutiert.

Evaluationsstudie mit Vergleichsgruppe

Methodische Herangehensweise

Um eine verlässliche Aussage über die Effektivität von EPA machen zu können, wurde eine Vorher-Nachher-Evaluationsstudie (über den Zeitraum vom Erst-Assessment bis zum Re-Assessment) mit einer Interventions- und einer Vergleichsgruppe durchgeführt. Die Studie wurde aus Eigenmitteln des AQUA-Instituts und der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg finanziert und in Kooperation mit Kollegen der Universitäten Nijmegen und Manchester durchgeführt (vgl. Szecsenyi et al. 2011 b). Alle erforderlichen Daten stammten aus der Routineumsetzung von EPA. Es erfolgten somit keine gesonderten oder zusätzlichen Erhebungen, weshalb auch keine weiteren Kosten hierfür anfielen. Überdies standen weder Praxen noch Visitoren oder Patienten unter dem Eindruck, es würde eine gesonderte Studie zur Beurteilung der Effektivität von EPA durchgeführt, was die Ergebnisse möglicherweise beeinflusst hätte. Insgesamt haben 102 Praxen das komplette EPA-Verfahren zweimal durchlaufen. Dabei wurden 182 EPA-Indikatoren, die in beiden untersuchten Zeiträumen identisch waren, gemessen. Pilotpraxen wurden dabei ausgeklammert, weil sonst möglicherweise ein zu positives Bild durch die „Pioniere“ erzeugt worden wäre.

Für die Untersuchung wurden sämtliche Praxen ausgewählt, die das gesamte Verfahren, inklusive aller Befragungen und Visitation, zwischen Juni 2007 und Januar 2009 zum zweiten Mal durchlaufen hatten. Von den infrage kommenden 110 Praxen mussten 8 Praxen ausgeschlossen werden, weil der Zeitraum zwischen Erst- und Re-Assessment zu groß war (vgl. Abb. 10). Die verbleibenden 102 Praxen bildeten die Interventionsgruppe. Sie hatten alle Elemente der Datenerhebung sowie das Feedback beim Erst-Assessment, die Visitation mit Teambesprechung, das Benchmarking mit VISOTOOL® und die anschließende selbstorganisierte Umsetzung von Qualitätsverbesserungen und Qualitätsmanagement (z. B. durch Nutzung der EPA Materialienseite, des EPA-Handbuches und der To-Do-Liste) durchlaufen. Die Vergleichsgruppe setzte sich aus insgesamt 209 Praxen zusammen, die im oben genannten Zeitraum erstmalig das vollständige EPA-Verfahren durchlaufen hatten. Verglichen wurden die Indikatorausprägungen der Befragungen (Team und Patienten) sowie die am Visitationstag erhobenen Daten.

Der methodische Ansatz erlaubt zunächst einen Vorher-Nachher-Vergleich einer großen Gruppe von Praxen, die EPA zum zweiten Mal durchlaufen, hinsichtlich möglicher Veränderungen der Qualität bei den gemessenen Indikatoren. Die Hinzuziehung einer Vergleichsgruppe, die im gleichen Zeitraum das Verfahren zum ersten Mal durchläuft, erlaubt es, diese Veränderungen von allgemeinen Trends abzugrenzen. Aus methodischen Gründen erschien uns die Alternative einer prospektiven randomisierten Studie zur Untersuchung der Effekte nicht geeignet. In diesem Fall hätte man nämlich in beiden Gruppen alle Befragungen, die Visitationen und das Feedback/Benchmarking zweimal durchführen müssen. Die genannten Elemente aber, besonders die Visitation, machen in der Logik des EPA-Systems einen wichtigen Teil der Intervention aus, sodass man keine unverfälschte Vergleichsgruppe mehr gehabt hätte, in der keine Intervention stattfindet.

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Sinnvoller erscheint es uns, auch die Vergleichsgruppe prospektiv weiter zu beobachten, um zu sehen, ob sie eine ähnliche Entwicklung nimmt wie die jetzige Interventionsgruppe. Eine solche Untersuchung ist jedoch erst dann möglich, wenn die Vergleichspraxen ihr Re-Assessment absolviert haben und sich die Interventionsgruppe im dritten Durchlauf von EPA befindet. Dies wird wahrscheinlich Anfang 2013 der Fall sein. Erst dann ist es möglich, durch ein sogenanntes „stepped wedge design" die Effekte der Implementierung von EPA auch in der jetzigen Vergleichsgruppe zu analysieren (Brown & Lilford 2006, Hussey & Hughes 2007).

Die 102 Praxen der Interventionsgruppe, die das Erst- und das Re-Assessment durchlaufen haben, unterschieden sich bei genauerer Betrachtung allerdings doch in wesentlichen Strukturmerkmalen von den 209 möglichen Vergleichspraxen. Deshalb wurden mithilfe des Propensity Score Matching sogenannte „matched pairs" bzw. Zwillingspärchen gebildet. Diese Methode ermöglicht es, eine vergleichbare Gruppe für die Datenanalyse zu bestimmen (Rosenbaum & Rubin 1983). Die Kriterien für das Matching waren die Art der Praxis (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis), die Praxislage (Stadt oder Land), die Anzahl der Ärzte und Praxismitarbeiter pro Praxis sowie die durchschnittliche Fallzahl im Quartal (Praxisangabe).

Nach Anwendung dieses Verfahrens konnte eine vergleichbare Gruppe von 102 Praxen für die weitere Analyse bestimmt werden. Die Berechnung der Ergebnisse erfolgte im Anschluss an eine sogenannte „z-Transformation"; ein gängiges Verfahren, um prozentuale Anteile aus Einrichtungen, z. B. Arztpraxen, zu vergleichen (Goderis et al. 2010, Bortz 2005). Die Zeitpunkte für Vergleiche werden im Folgenden „T0" (Erst-Assessment für die Interventionsgruppe) und „T1" (Re-Assessment Interventionsgruppe, Erst-Assessment Vergleichsgruppe) genannt.

[1] *Abweichend sprechen wir im ZEFQ-Artikel und in manchen früheren Präsentationen von der Interventionsgruppe als „Prä-Post-Gruppe" und bei den Zeitpunkten nicht von T0-T1, sondern von „T1-T2" (Szecsenyi et al. 2011a).*

Abbildung 10: *Flowchart zur Auswahl der Praxen*

* *Ausschlussgrund: Zu großer Zeitabstand zwischen Erst- und Re-Assessment.*
** *Ausschlussgrund: Durch Propensity Score Matching ausgeschlossen (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

Zusammensetzung der Stichprobe

Tabelle 2 zeigt die Charakteristika der Praxen auf. Die Interventionsgruppe und die nach dem Matching gebildete Vergleichsgruppe unterschieden sich in keinem der aufgeführten Merkmale statistisch signifikant voneinander. Die teilnehmenden Ärzte waren im Mittel 50,6 bzw. 50,5 Jahre alt. Über die Hälfte der teilnehmenden Arztpraxen befanden sich im ländlichen Gebiet. Daraus und aus dem relevanten Anteil von Gemeinschaftspraxen erklärt sich die hohe Anzahl von Abrechnungsfällen pro Quartal.

Die Patientenbefragung zeichnete sich durch eine sehr gute Rücklaufquote aus. Sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe wurde ein Rücklauf von ca. 93% dokumentiert. Die soziodemographischen Angaben der antwortenden Patienten aus der Patientenbefragung sind Tabelle 3 zu entnehmen. Es zeigten sich nur geringfügige, statistisch nicht signifikante Unterschiede zwischen der Patientenklientel beider Gruppen.

Im Folgenden werden die einzelnen Domänen betrachtet. Dabei ist zu beachten, dass sich die Prozentangaben zu den einzelnen Messzeitpunkten auf den Grad der Zielerreichung beziehen.

Tabelle 2: *Charakteristika der in die Studie einbezogenen Praxen*

	Interventionsgruppe* (n = 102)	Vergleichsgruppe (n = 102)	p-Werte**
Anzahl der teilnehmenden Ärzte	174	167	0,63
Alter der Ärzte (Mittelwert (min. – max.)	50,6 (35 – 65)	50,5 (34 – 67)	0,94
Einzelpraxis (%)	49,0	52,9	0,62
Praxis im ländlichen Gebiet (%)	57,8	59,8	0,77
Durchschnittliche Fallzahl im Quartal (GKV-Versicherte und PKV-Versicherte)	1.775	1.704	0,48
Anzahl nicht-ärztlicher Mitarbeiter (MW)	5,4	5,6	0,92

* *Angaben aus dem Re-Assessment (T1)*
** *Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. auch Szecsenyi et al. 2011b).*

Tabelle 3: *Soziodemographie, Inanspruchnahme und Anteil chronisch Kranker in der Patientenstichprobe (Angaben aus der Patientenbefragung)*

		Interventionsgruppe* (n = 7065)	Vergleichsgruppe (n = 7129)
Durchschnittliches Alter der Patienten		54,8 Jahre	54,2 Jahre
Geschlecht	Weiblich (%)	56,8 %	57,5 %
	Männlich (%)	39,3 %	38,9 %
Durchschnittliche Zahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten		9,0	8,6
Anteil der Patienten mit ernsthaften Erkrankungen, die schon länger als 3 Monate andauern		46,0 %	45,3 %

* *Angaben aus dem Re-Assessment (T1)*

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Überblick über die einzelnen Themenfelder (Domänen)

Differenziert nach Domänen konnten statistisch signifikante Veränderungen sowohl zwischen dem Erst- und Re-Assessment als auch zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe ermittelt werden (vgl. Tabelle 4). Die Domänen „Infrastruktur" und „Qualität und Sicherheit" zeigten die größten Verbesserungen zwischen T0 und T1 auf. Hier waren prozentuale Veränderungen von 10,0 % bzw. 10,1 % zu verzeichnen. Dagegen waren die Domänen „Finanzen" und „Qualität und Sicherheit" die Domänen, die die größten Unterschiede (7,8 % bzw. 8,5 %) zwischen Interventionsgruppe zu T1 und Vergleichsgruppe zeigten. Auch bei den anderen Domänen („Infrastruktur", „Information" und „Menschen") dieses Vergleichs zeigten sich Verbesserungen. Über alle Themenfelder betrachtet, verbessert sich die Zielerreichung in den Praxen der Interventionsgruppe von 75,2 auf 82,6 %. Diese Steigerung um 7,4 % entspricht etwas mehr als einem Drittel (33,9 %) der maximal (theoretisch) möglichen Verbesserung von 24,8 %.

Tabelle 4: *Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in allen Domänen von EPA*

Domänen	Indikatoren	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	Anzahl	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Infrastruktur	38	74,9	84,9	10,0 (4,2 – 15,8)*	77,8	7,1 (2,1 – 12,1)*
Menschen	62	73,9	79,0	5,1 (0,8 – 9,4)	75,7	3,3 (-0,2 – 6,8)
Information	45	80,1	85,8	5,7 (1,2 – 10,3)	81,1	4,7 (0,5 – 8,8)
Finanzen	6	82,8	86,9	4,1 (0,2 – 7,9)	79,1	7,8 (2,6 – 13,0)*
Qualität und Sicherheit	35	72,3	82,4	10,1 (4,2 – 15,9)*	73,9	8,5 (3,1 – 13,9)*
Gesamt	186	75,2	82,6	7,4 (2,3 – 12,4)*	77,7	4,9 (0,7 – 9,1)*

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall
Die Berechnung der Zielerreichungsgrade bei den einzelnen Domänen ergibt sich aus dem Mittelwert der dazugehörigen Indikatoren.
** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

Domäne „Qualität und Sicherheit"

Die Domäne „Qualität und Sicherheit" beleuchtet zentrale Qualitäts- und Sicherheitsaspekte einer qualitativ hochwertigen und sicheren Praxisorganisation. Dazu gehört beispielsweise die Durchführung regelmäßiger Kontrollen der medizinischen und elektronischen Geräteausstattung oder der Umgang mit infektiösem Material oder Instrumenten, die ein Verletzungsrisiko (Kanülen etc.) bergen. Darüber hinaus wird nach der Umsetzung von medizinischen Leitlinien in der Praxis, nach Ablaufbeschreibungen für die medizinischen Prozesse oder auch nach der Durchführung von regelmäßigen Teambesprechungen gefragt. Auch der Umgang mit Patientenbeschwerden und das Fehlermanagement sind von hoher Bedeutung für die Qualität. Das Themenspektrum „Qualität und Sicherheit" wird über 35 Indikatoren abgebildet. Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der 102 Praxen zu zwei Messzeitpunkten und Ergebnisse der 102 Vergleichspraxen für die einzelnen Dimensionen der Domäne „Qualität und Sicherheit". Eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Indikatoren ist in Tabelle 10 dargestellt (siehe S. 29).

Die Dimension „Beschwerdemanagement" zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung zwischen T0 (Erst-) und T1 (Re-Assessment) von 29,5 % (von 51,2 % auf 80,7 %) in den Interventionspraxen. Die Praxen der Vergleichsgruppe, die in unserer Analyse den allgemeinen Trend repräsentieren, haben eine Zielerreichung von 66,5 % beim Erst-Assessment. Die dazugehörigen Indikatoren (siehe S. 29) zeigen Verbesserungen zwischen 10,7 % und 49,0 %. So weisen z. B. die Indikatoren „Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Patientenkritik und Beschwerden" und „Die Praxis kann ein Beispiel für die Analyse von Patientenkritik geben" eine prozentuale Veränderung von 45,0 % bzw. 49,0 % auf. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass der Umgang mit Kritik und Beschwerden ein wichtiges Element im Qualitätsmanagement der beteiligten Praxen geworden ist,

denn der konstruktive Umgang damit ist ein wichtiges Instrument für eine dauerhafte Patientenbindung. Betrachtet man die Dimension „Beschwerdemanagement", so ist der Wert der Re-Assessment-Gruppe um 14,2 % besser als bei der Vergleichsgruppe. Auch auf Indikatorenebene zeigen sich bei den Praxen des Re-Assessments bessere Werte als bei der Vergleichsgruppe: beim Indikator „Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Patientenkritik und Beschwerden" ist der Wert sogar um 24,6 % besser. Die Beschäftigung mit dem Thema Beschwerdemanagement ist für Praxisteams ein äußerst relevanter Bereich, da Patienten über Beschwerden, aber auch über Lob und Anregungen, ihre Sichtweise des Praxisgeschehens geben und so wertvolle Informationen für Verbesserungsprozesse gewonnen werden können.

„Fehlermanagement", als weitere Dimension innerhalb der Domäne „Qualität und Sicherheit", verbesserte sich signifikant vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt bei den Interventionspraxen (von 79,1 % auf 89,6 %). Vor allem der Indikator „Die Praxis führt ein Verzeichnis kritischer Ereignisse" weist eine statistisch signifikante Verbesserung von 28,1 % vom Erst- zum Re-Assessment auf. Auch die anderen Indikatoren verdeutlichen die erfolgreichen Bemühungen der Praxen, Fehlerursachen nachzuvollziehen und die Erkenntnisse für Verbesserungen zu nutzen. So ist auch der eben genannte Indikator mit 12,7 % im Vergleich von Re-Assessment- und Vergleichspraxen statistisch signifikant verbessert. Grundsätzlich sollte jede Arztpraxis eine umfassende Auseinandersetzung mit Fehlern und deren Vermeidung anstreben. Da das Prinzip gilt, dass man aus Fehlern lernen und damit zur Optimierung z. B. von Praxisabläufen beitragen kann, ist das Fehlermanagement einer Praxis ein zentraler Qualitätsaspekt.

Die Dimension „Qualitätsentwicklung/Qualitätspolitik" verbessert sich statistisch signifikant um 14,9 % vom Erst- zum Re-Assessment (von 40,7 % auf 55,6 %). In der Dimension „Hygiene, Verletzungsschutz und Infektionsschutz" zeigt sich nur eine geringfügige Verbesserung von (allerdings hohen) 85,8 % auf 89,1 %. Auch die Praxen der Vergleichsgruppe weisen schon im Erst-Assessment den hohen Wert von 89 % Zielerreichung auf. Dies mag dafür sprechen, dass die Themen Praxishygiene sowie Verletzungs- und Infektionsschutz mittlerweile in den Arztpraxen angekommen sind – zumindest in jenen Praxen, die sich zu EPA anmelden.

Tabelle 5: *Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Qualität und Sicherheit"*

Dimensionen	Indikatoren	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	Anzahl	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Beschwerdemanagement	6	51,2	80,7	29,5 (20,7 – 38,4)*	66,5	14,2 (7,4 – 21,0)*
Fehlermanagement	5	79,1	89,6	10,5 (4,5 – 16,4)*	83,9	5,7 (1,2 – 10,2)
Hygiene, Verletzungsschutz und Infektionsschutz	12	85,8	89,1	3,3 (-0,3 – 6,3)	89,0	0,1 (-0,5 – 0,7)
Qualitätsentwicklung / Qualitätspolitik	7	40,7	55,6	14,9 (7,9 – 21,8)*	40,8	14,8 (7,9 – 21,7)*
Aufspüren von Qualitäts- oder Sicherheitsproblemen / -mängeln	5	86,4	89,6	3,2 (-0,2 – 6,6)	77,8	11,8 (5,5 – 18,1)*

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall
** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

Domäne „Infrastruktur"

Dieser Bereich bildet die infrastrukturellen Gegebenheiten einer Praxis ab. Dazu gehören insbesondere die medizinische und die nichtmedizinische Ausstattung sowie auch die allgemeine Erreichbarkeit und die Zugänglichkeit der Praxis für Patienten mit Behinderungen. Außerdem wird hier nach der Beschaffenheit der Räumlichkeiten – insbesondere der Untersuchungs- und Behandlungszimmer sowie der Sanitärräume – und nach der IT-Sicherheit gefragt. Diese Faktoren spielen

© 2011 AQUA-Institut GmbH

eine zentrale Rolle bei der Funktionsfähigkeit einer Arztpraxis, und sie sind die Voraussetzung für eine Umgebung, in der sich Patienten und Mitarbeiter wohlfühlen können. Nur eine infrastrukturell gut aufgestellte Praxis kann eine hochwertige, wirtschaftliche und optimale Leistung erbringen. Der Bereich „Infrastruktur" wird durch 38 Indikatoren abgebildet.

Tabelle 6 dokumentiert die Ergebnisse der 102 Interventionspraxen zu zwei Messzeitpunkten und der 102 Vergleichspraxen für die Dimensionen der Domäne „Infrastruktur". Eine detaillierte Übersicht der einzelnen Indikatoren zeigt Tabelle 11 (siehe S. 31).

Die Dimension „Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente" verweist auf eine statistisch signifikante Verbesserung vom Erst- zum Re-Assessment um 16,0 % sowie einen Unterschied von 12,6 % zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe. Die dazugehörigen Indikatoren zeigen Verbesserungen zwischen 8,1 % und 29,4 %. Die Indikatoren „Die Praxis hat eine Liste der in der Praxis verfügbaren Notfallmedikamente" und „Die Praxis hat eine Liste über den Inhalt der Arzttaschen" weisen beispielsweise prozentuale Verbesserungen von 23,4 % und 29,4 % aus. Diese beiden Indikatoren weisen mit 31,4 % bzw. 24,4 % auch statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Vergleichspraxen aus.

Die Dimension „Nicht-medizinische Ausstattung" ist mit einer Veränderung von 11,9 % vom Erst- zum Re-Assessment ebenfalls statistisch signifikant. Zum Bereich der nicht-medizinischen Ausstattung gehört beispielsweise die sichere Lagerung von kühlpflichtigen Medikamenten. Ein wichtiges Kriterium ist hier die regelmäßige Überprüfung der Kühlschranktemperatur. Der Indikator „Der Medikamentenkühlschrank ist mit einem Min / Max-Thermometer ausgestattet" hat sich von 62,4 % Zielerreichung im Erst-Assessment zu 93,1 % im Re-Assessment signifikant verändert, aber auch in der Gegenüberstellung von Interventions- und Vergleichsgruppe zeigt sich ein deutlicher Unterschied. Das Vorhalten und die angemessene Aufbewahrung von Medikamenten sind essentielle Bestandteile sowohl der regulären als auch der Notfallversorgung von Patienten.

Eine weitere nicht zu vernachlässigende Dimension ist „Zugang/Einrichtungen für gehandicapte Personen". Bei einer Gesamtverbesserung von 11,8 % vom Erst- zum Re-Assessment, ist es hier vor allem der Indikator „In der Nähe der Praxis gibt es Parkplätze, die für behinderte Personen reserviert sind" der mit 21,6 % die höchste signifikante Verbesserung zu verzeichnen hat. Mit Blick auf den Grundsatz von Diskriminierungs- bzw. Barrierefreiheit ist der Zugang zur Arztpraxis für gehbehinderte Menschen ein zentrales Qualitätsmerkmal. Überdies ist der Hinweis auf Barrierefreiheit Indiz für eine angemessene und zeitgemäße Außendarstellung der Praxis.

Neben den bereits erwähnten sind auch die Dimensionen „Erreichbarkeit/Zugang und Verfügbarkeit", „IT-Sicherheit" und „Räumlichkeiten" relevant für die infrastrukturelle Qualität einer Praxis.

Tabelle 6: *Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Infrastruktur"*

Dimensionen	Indikatoren	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	Anzahl	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Erreichbarkeit / Zugang und Verfügbarkeit	8	70,9	78,2	7,3 (2,2 – 12,3)	71,4	6,8 (1,9 – 11,7)
IT-Sicherheit	5	85,7	96,7	11,0 (4,9 – 17,1)*	93,4	3,3 (-0,1 – 6,8)
Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente	7	74,4	90,4	16,0 (8,9 – 23,1)*	77,8	12,6 (6,2 – 19,0)*
Nicht-medizinische Ausstattung	7	81,7	93,6	11,9 (5,6 – 18,2)*	88,6	5,0 (0,08 – 9,2)
Räumlichkeiten	7	80,5	83,1	2,6 (-0,04 – 5,7)	83,8	-0,7 (-2,3 – 0,09)
Zugang/Einrichtungen für gehandicapte Personen**	4	48,4	60,2	11,8 (5,5 – 18,1)*	57,4	2,8 (-0,04 – 6,0)

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall

* *Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

** *Menschen mit Behinderungen oder sonstigen körperlichen Beeinträchtigungen.*

Domäne „Information“

In der Domäne „Information“ werden der Umgang mit und die Verwendung von unterschiedlichen Informationsformen, die in Arztpraxen und hier speziell Hausarztpraxen anfallen, betrachtet. Diese Formen können von informativ gestalteten Informationsbroschüren über dokumentierte Patientendaten bis hin zu vertraulichen und sensiblen Informationen reichen. Dabei spielen die Art und Weise, in der diese Informationen vorliegen und abgelegt bzw. gehandhabt werden, eine wichtige Rolle. Werden die Daten und Informationen in Papierform oder per EDV-System erfasst? Sind alle Mitarbeiter/innen ausreichend im Umgang mit der EDV und der gängigen Software geschult? Wichtig ist die Transparenz über die Handhabung von Informationen, da dadurch eine Atmosphäre des Vertrauens zwischen Patient und Praxis begünstigt wird.

Ebenso bedeutsam für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung ist der Austausch von Informationen mit anderen Leistungserbringern über entsprechende Kommunikationssysteme. Auch die Informationen über präventive Angebote und über die Behandlungsprogramme der Praxis sind Gegenstand dieses Bereichs. Das Themenspektrum „Information“ wird durch 45 Indikatoren abgebildet. Tabelle 7 dokumentiert die Ergebnisse der 102 Praxen zu zwei Messzeitpunkten und der 102 Vergleichspraxen für die Dimensionen der Domäne „Information“. Eine detaillierte Übersicht der Indikatoren ist Tabelle 12 entnehmen (siehe S. 33).

Innerhalb der Domäne „Information“ zeigt sich für die Dimension „Informationen für Patienten über die Behandlung/medizinische Themen“ eine statistisch signifikante Verbesserung von 74,5 % Zielerreichung im Erst-Assessment auf 85,6 % im Re-Assessment. Ein wichtiger Faktor für eine gute Praxisführung ist die Art und Weise, in der Informationen für die Patienten bereitgestellt werden. Mithilfe von gut aufbereitetem Informationsmaterial können den Patienten geplante Maßnahmen verständlich dargelegt werden, wodurch nicht zuletzt auch die Teilhabe der Patienten an relevanten Entscheidungen – im Sinne einer gemeinschaftlich verantworteten Entscheidungsfindung – ermöglicht wird. Dies spiegelt sich in Indikatoren wie „Die Praxis hält eine Auswahl von Informationsbroschüren für Ihre Patienten bereit“ oder „Im Rahmen der Konsultation kommen Patienteninformationsblätter zum Einsatz“ wider. Beide Indikatoren zeigen eine signifikante Verbesserung um 13,0 % bzw. 10,0 % vom Erst- zum Re-Assessment.

Die anderen sieben Dimensionen verzeichnen

Tabelle 7: *Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Information“*

Dimensionen	Indikatoren	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	Anzahl	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Behandlungsdaten, Patientenakte	13	90,5	95,7	5,2 (0,09 – 9,5)	93,2	2,5 (-0,05 – 5,5)
Einsatz von Praxis-EDV	4	94,4	98,5	4,1 (0,03 – 7,9)	95,3	3,2 (-0,02 – 6,6)
Fachinformationen für Mitarbeiter	4	83,6	88,5	4,9 (0,07 – 9,1)	85,0	3,5 (0,0 – 7,0)
Geheimhaltung und Ungestörtheit	2	60,6	66,4	5,8 (1,3 – 10,3)	56,3	10,1 (4,3 – 15,9)*
Informationen für Patienten über die Behandlung / medizinische Themen	6	74,5	85,6	11,1 (5,0 – 17,2)*	83,1	2,5 (-0,7 – 1,2)
Informationen für Patienten über die Praxis, Praxis-Politik und die lokalen Gegebenheiten	9	69,3	72,2	2,9 (-0,03 – 6,2)	70,5	1,7 (-0,6 – 0,9)
Kommunikation mit anderen Leistungserbringern	4	79,7	80,9	1,2 (-0,09 – 3,3)	72,2	8,7 (3,2 – 14,2)*
Prävention	3	68,2	83,4	15,2 (8,2 – 22,1)*	80,0	3,4 (-0,1 – 6,9)

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall
** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

© 2011 AQUA-Institut GmbH

nur geringfügige Verbesserungen. Allerdings waren die Zielerreichungsgrade der Dimensionen „Behandlungsdaten/Patientenakte", „Einsatz von Praxis-EDV" und „Fachinformationen für Mitarbeiter" bereits im Erst-Assessment sehr hoch. Letzteres ist bedeutsam, da ein Hausarzt in seiner Praxis mit einem sehr breiten Spektrum an Krankheiten konfrontiert wird. Ein rascher Zugriff auf evidenzbasierte, aktuelle Behandlungsinformationen sowie andere relevante Wissensquellen, z. B. medizinische Datenbanken, ist daher unverzichtbar. Die Verwendung spezifischer EDV-Systeme in Arztpraxen, vor allem zum Zwecke der Dokumentation und zur Erstellung von Überweisungen oder Verordnungen, ist ebenso notwendig. Die Praxis-EDV fungiert hier als Entlastung für Praxisteams: Patientendaten und Befunde können schnell aufgerufen, Arzneimittelverschreibungen können sicher und schnell erstellt werden etc.

Domäne „Finanzen"

Die klare Regelung des Umgangs mit materiellen Ressourcen sowie die Verteilung von damit einhergehenden Verantwortlichkeiten sind wichtige Aspekte im Themenfeld (Domäne) „Finanzen". Kostendruck, Budgetierung und zunehmende Managementanforderungen, auch im hausärztlichen Bereich, machen die Auseinandersetzung mit diesem Thema immer bedeutsamer. Eine effiziente Praxisführung ist nur gewährleistet, wenn alle Mitarbeiter einen wirtschaftlichen Umgang mit Ressourcen pflegen und wenn durch umsichtige finanzielle Planung Engpässen und Liquiditätsproblemen vorgebeugt werden kann. Aus diesem Grunde beinhaltet die Domäne „Finanzen" sowohl eine retrospektive Betrachtung der finanziellen Situation in Form eines jährlichen Berichts als auch eine prospektive Finanzplanung.

Das Themenfeld „Finanzen" wird durch 6 Indikatoren abgebildet. Tabelle 8 dokumentiert die Ergebnisse der 102 Interventionspraxen zu zwei Messzeitpunkten und der 102 Vergleichspraxen für die Dimensionen der Domäne „Finanzen". Eine detaillierte Übersicht der einzelnen Indikatoren ist Tabelle 13 zu entnehmen (siehe S. 36).

Abgesehen von der Dimension „Finanzielle Planung (prospektiv)" mit 43,3 % Zielerreichung im Erst-Assessment und 55,0 % im Re-Assessment, wiesen die beiden anderen Dimensionen von Beginn an hohe Grade der Zielerreichung auf. Bei der Dimension „Finanzielle Planung (prospektiv)" hat sich eine signifikante Verbesserung von 11,7 % im Re-Assessment gezeigt. Auch gegenüber der Vergleichsgruppe ergab sich mit 12,1 % Unterschied ein deutlich besserer Wert. Diese Dimension wird mit dem Indikator „Die Praxis erstellt einen jährlichen Finanzplan, welcher alle zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben beinhaltet" abgebildet.

Die Ergebnisse innerhalb dieser Domäne verdeutlichen insgesamt die Wichtigkeit einer regelmäßigen, transparenten und schriftlichen Darlegung der wirtschaftlichen Situation der Praxis. Der Überblick über die eigene wirtschaftliche Lage schafft Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und gibt Planungssicherheit.

Tabelle 8: *Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions-vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Finanzen"*

Dimensionen	Indikatoren	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	Anzahl	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Finanzielle Leitung und Verantwortung	2	95,4	99,0	3,6 (0,0 – 7,2)	95,5	3,5 (0,0 – 7,1)
Finanzielle Planung (prospektiv)	1	43,3	55,0	11,7 (5,5 – 17,9)*	42,9	12,1 (5,8 – 18,6)*
Jährlicher Bericht (retrospektiv)	3	87,7	89,5	1,8 (-0,8 – 4,4)	81,8	7,7 (2,5 – 12,9)*

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall
** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

Domäne „Menschen“

Eine Arztpraxis ist eine Einrichtung, in der jeden Tag Menschen miteinander in Kontakt treten. Sie machen das „Leben“ einer Praxis aus. Der Kontakt im Umfeld der medizinischen Dienstleistung ist zumeist sehr eng. Er reicht gerade in Hausarztpraxen oft über lange Zeiträume und bezieht das soziale Umfeld mit ein. Die medizinischen Leistungen in einer Hausarztpraxis sind oft komplex und erfordern eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten. Motivierte und engagierte Mitarbeiter sind für die Erbringung hochwertiger Leistungen ebenso wichtig wie „mitarbeitende“ und kooperierende Patienten. Deshalb stehen in dieser Domäne die Menschen im Mittelpunkt der Betrachtung. Dabei geht es vor allem um die Sichtweisen der Personengruppen, die in einer Praxis interagieren: Patienten, Ärzte und nichtärztliche Mitarbeiter (Götz et al. 2010, Goetz et al. 2011, Szecsenyi et al. 2011 c). Das Praxisgeschehen wird hier folglich aus den Perspektiven aller an der Versorgung wesentlich beteiligten Personengruppen beurteilt. Dieser Bereich hat einen besonderen Stellenwert innerhalb von EPA.

Zunächst geht es um eine allgemeine und detaillierte Bewertung der Praxis durch die Patienten. D. h. in speziellen Bereichen werden Themen wie Wartezeiten oder die Art und Weise, wie beispielsweise Wünsche und Bedürfnisse der Patienten bei der Erstellung des Therapieplans berücksichtigt werden, erfragt. Die Patientenbefragung wird mithilfe des validierten EUROPEP®-Instruments (Grol et al. 2000) durchgeführt. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Domäne „Menschen“ sind die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen, die mithilfe des Warr-Cook-Wall-Fragebogens erhoben werden (Warr et al. 1979). Mitarbeiterbefragungen geben u. a. wichtige Hinweise zur Arbeitssituation und deren Verbesserung. Die Dimension „Personalmanagement“ hebt dagegen auf die Personalplanung ab. Dazu gehören beispielsweise das Vorhandensein von Stellenbeschreibungen für die Mitarbeiter oder jährlich stattfindende Personalgespräche. Der Aspekt „Aus- und Weiterbildung“ schließlich beschäftigt sich mit der Entwicklung der Mitarbeiter hinsichtlich der Erweiterung ihrer Fertigkeiten und Fähigkeiten durch ein entsprechendes Fortbildungsmanagement in der Praxis.

Die Domäne „Menschen“ wird durch 62 Indikatoren abgebildet. Tabelle 9 dokumentiert die Ergebnisse der 102 Praxen zu zwei Messzeitpunkten und der 102 Vergleichspraxen für die Dimensionen der Domäne „Menschen“. Eine detaillierte Übersicht der einzelnen Indikatoren ist Tabelle 14 (siehe S. 37) zu entnehmen.

Im Ergebnis zeigen sich vor allem in den Dimensionen „Aus- und Weiterbildung“ und „Personalmanagement“ signifikante Verbesserungen. Vom Erst-Assessment (T0) mit 35,7 % bzw. 53,6 % Zielerreichung zum Re-Assessment (T1) mit 68,7 % bzw. 67,0 % sind Verbesserungen von 33,0 % bzw. 13,4 % zu verzeichnen. Zwei Indikatoren innerhalb der Dimension „Aus- und Weiterbildung“ treten besonders hervor: „Nicht-ärztliche Mitarbeiter wurden bei ihrer Neueinstellung über die allgemeine Arbeitsorganisation der Praxis informiert“ und „Nicht-ärztliche Mitarbeiter wurden in den ersten Wochen nach Arbeitsaufnahme strukturiert in ihr Aufgabengebiet eingearbeitet“. Hier ist eine signifikante Verbesserung auf 60,0 % bzw. 63,0 % zu erkennen.

Tabelle 9: *Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Menschen“*

Dimensionen	Indikatoren	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	Anzahl	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Aus- und Weiterbildung	4	35,7	68,7	33,0 (23,9 – 42,1)*	66,1	2,6 (-0,04 – 5,7)
Personalmanagement	9	53,6	67,0	13,4 (6,8 – 20,0)*	51,0	16,0 (8,9 – 23,1)*
Perspektive der ärztlichen Mitarbeiter	10	75,2	77,3	2,1 (-0,7 – 4,9)	75,7	1,6 (-0,08 – 4,0)
Perspektive der nichtärztlichen Mitarbeiter	14	78,3	81,9	3,6 (0,0 – 7,2)	78,8	3,1 (-0,02 – 6,5)
Perspektive der Patienten	25	84,5	84,0	-0,5 (-1,9 – 0,09)	83,9	0,1 (-0,5 – 0,7)

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall
** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Die Entfaltung und Förderung kreativer Fähigkeiten sorgt ebenso für Motivation und Engagement von Mitarbeitern wie ein freundlicher Umgangston in einem Team, das zusammenhält und gute Beziehungen untereinander pflegt. In einem Klima des Vertrauens, in dem ein freundlicher und dennoch professioneller Umgang praktiziert wird, werden die Mitarbeiter sich mit größerer Wahrscheinlichkeit für das gemeinsame Ziel einer erfolgreichen Arztpraxis einsetzen als in einer Atmosphäre, die von Misstrauen und Argwohn geprägt ist. Zu Recht werden die Mitarbeiter zunehmend als eine entscheidende Ressource im alltäglichen Praxisgeschehen angesehen. Ihre Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und ihr Umgang mit psycho-emotionalen Belastungen sind wesentliche Faktoren für den Erfolg einer Praxis, auch und gerade mit Blick auf den wirtschaftlichen Wettbewerb. Erfreulich ist eine leichte, wenn auch nicht signifikante Steigerung der Arbeitszufriedenheit („Perspektive der ärztlichen Mitarbeiter") bei den Ärzten von 75,2 % auf 77,3 %. Bei der Vergleichsgruppe ist hier ein Wert von 75,7 % zu verzeichnen, der also ähnlich hoch liegt wie der Ausgangswert der Interventionsgruppe. Eine ähnliche Entwicklung zeigt die Arbeitszufriedenheit der nicht-ärztlichen Mitarbeiter, die von 78,3 % (T0) auf 81,9 % (T1) leicht ansteigt, während sie bei der Vergleichsgruppe 78,8 % beträgt.

Die Dimension „Perspektive der Patienten", abgebildet durch eine Befragung mit dem EUROPEP®-Instrument, zeigt bei den Interventionspraxen keine nennenswerten Veränderungen zwischen T0 (84,5 %) und T1 (84,0 %) auf. Auch bei der Vergleichsgruppe zeigt sich mit einem Zielerreichungsgrad von 83,9 %, dass die Patienten ihre Versorgung in der Arztpraxis insgesamt sehr positiv bewerten. Bei der telefonischen Erreichbarkeit der Praxis zeigen sich geringfügige Verschlechterungen, dabei liegt die Interventionsgruppe zu beiden Messzeitpunkten aber besser als die Vergleichsgruppe. Nur die Zufriedenheit mit der Wartezeit zeigt sich leicht verbessert. Sie liegt allerdings mit einem Zielerreichungsgrad von 67,8 % bzw. 64,8 % (Vergleichsgruppe) deutlich hinter dem Gesamtergebnis aller Indikatoren zur Patientenzufriedenheit zurück. Die vorliegenden Ergebnisse stehen hier aber in Einklang mit einer europäischen Vergleichsstudie, in der Patienten aus acht verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen ihre Versorgung in allgemeinmedizinischen Praxen beurteilt haben. Auch dort schnitt der Indikator „Wartezeit" mit 66,9 % im Vergleich zu einer Gesamtzufriedenheit von 80 % am schlechtesten ab (Petek et al. 2011).

Anhang

Ergebnisse der Domäne „Qualität und Sicherheit“

Tabelle 10: *Domäne „Qualität und Sicherheit“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren*

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Dimension: Beschwerdemanagement					
Die Praxis entwickelt Maßnahmen aufgrund von Patientenkritik und Beschwerden	69,6	91,7	22,1 (14,0 – 30,1)*	84,3	7,4 (2,3 – 12,5)*
Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Patientenkritik und Beschwerden	43,0	88,0	45,0 (35,3 – 54,6)*	63,4	24,6 (16,2 – 33,0)*
In der Praxis ist ein Briefkasten für Lob und Kritik sichtbar angebracht	7,8	43,1	35,3 (26,0 – 44,6)*	20,6	22,5 (14,4 – 30,6)*
Die Praxis analysiert und diskutiert Patientenkritik und Beschwerden	84,7	100,0	15,2 (8,0 – 22,2)*	93,8	6,2 (1,5 – 10,9)*
Die Praxis kann ein Beispiel für die Analyse von Patientenkritik geben	46,1	95,1	49,0 (39,3 – 58,7)*	84,3	10,8 (4,8 – 16,8)*
Kritik und Beschwerden der Patienten werden von der Praxis dokumentiert	55,9	66,7	10,7 (4,7 – 16,7)*	52,6	14,1 (7,3 – 20,8)*
Dimension: Fehlermanagement					
Die Praxis führt ein Verzeichnis kritischer Ereignisse	30,7	58,8	28,1 (19,4 – 36,8)*	46,1	12,7 (6,2 – 19,2)*
Kritische Ereignisse werden von der Praxis analysiert	94,1	97,1	2,9 (-0,3 – 6,2)	94,1	3,0 (-0,3 – 6,3)
Die Praxis kann ein Beispiel für ein kritisches Ereignis nennen	86,3	96,1	9,8 (4,0 – 15,6)*	96,0	0,1 (-0,5 – 0,7)
Die Praxis trifft Maßnahmen zur Vermeidung kritischer Ereignisse	93,1	98,0	4,9 (0,6 – 9,0)*	94,1	3,9 (0,1 – 7,6)
Die Praxis kann ein Beispiel für eine Maßnahme zur Vermeidung kritischer Ereignisse nennen	91,2	98,0	6,8 (1,9 – 11,8)*	89,2	8,8 (3,3 – 14,3)*
Dimension: Hygiene, Verletzungsschutz und Infektionsschutz					
Die Praxis verfügt über geeignete Behälter zur Aufbewahrung benutzter, wiederverwertbarer Instrumente	83,1	87,2	4,1 (0,2 – 7,9)	92,6	-5,4 (-9,8 – -1,0)*
Allen Mitarbeitern der Praxis wurde eine Hepatitis B Impfung angeboten	97,1	99,0	1,9 (-0,7 – 4,6)	98,0	1,0 (-0,9 – 2,9)
Die Praxis verfügt über geeignete Behälter zur Entsorgung infektiösen Materials	83,1	98,8	15,7(8,6 – 22,7)*	92,8	6,0 (1,4 – 10,6)*
Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden	73,0	74,9	1,8 (-0,7 – 4,4)	79,9	-5,0 (-9,2 – -0,07)
Die Praxis verfügt über geeignete Behälter zur Entsorgung scharfer Gegenstände	90,5	98,0	7,5 (2,4 – 12,6)*	98,2	-0,2 (-10,7 – -0,06)
Der Hygieneplan enthält Vorschriften zur Desinfektion der medizinischen Ausstattung	91,8	97,6	5,8 (1,3 – 10,4)*	98,6	-1,0 (-2,9 – -0,09)
Der Hygieneplan regelt die Entsorgung scharfer Gegenstände und kontaminierten Materials	83,6	91,7	8,1 (2,7 – 13,3)*	85,5	6,2 (1,5 – 10,8)*

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Der Hygieneplan regelt den Gebrauch von Schutzmaterialien	80,3	87,8	7,5 (2,3 – 12,6)*	91,4	-3,6 (-7,2 – 0,0)
Der Hygieneplan regelt die Desinfektion und Sterilisation gebrauchter Instrumente	95,1	96,2	1,1 (-0,9 – 3,1)	97,1	-0,9 (-2,7; – 0,09)
Der Hygieneplan regelt die Aufbewahrung und den Gebrauch steriler Instrumente	89,8	78,5	-11,3 (-17,5 – -5,2)*	83,8	-5,3 (-9,6 – -0,09)
Der Impfstatus aller Mitarbeiter bzgl. Hepatitis B ist dokumentiert	97,5	94,1	-3,3 (-6,8 – 0,1)*	86,3	7,8 (2,5 – 13,0)*
Die Praxis verfügt über einen schriftlich fixierten Hygieneplan mit geregelten Verantwortlichkeiten	75,9	81,4	5,4 (1,0 – 9,8)	64,0	17,4 (10,0 – 24,7)*
Dimension: Qualitätsentwicklung / Qualitätspolitik					
Die Praxis hat im Jahr vor der Teilnahme am Europäischen Praxisassessment schon einmal eine Patientenbefragung durchgeführt	35,3	82,8	47,4 (37,7 – 57,1)*	25,6	57,2 (47,6 – 66,8)*
Die Praxis hat sich in den letzten 12 Monaten einen halben Tag außerhalb des normalen Praxisbetriebs Zeit genommen, um über Zukunftsstrategien der Praxis zu diskutieren	51,7	47,1	-4,6 (-8,7 – -0,5)	40,2	6,2 (1,5 – 10,9)
Die Praxis verfügt über ein Patienten-Forum oder eine Patienten-Gruppe	12,8	2,0	-10,8 (-16,8 – -4,7)*	2,9	-0,9 (-14,5 – -3,4)
Die Praxis hat in den letzten 12 Monaten Ziele zur Qualitätsverbesserung festgelegt	80,0	92,8	12,8 (6,3 – 19,3)*	87,6	5,2 (0,08 – 9,5)
Die Praxis hat mindestens einmal im letzten Jahr ein medizinisches „Audit" durchgeführt (inkl. Festlegung eines Themas und von Standards/Zielen, Erhebung von Daten, Verbesserungen der Qualität)	42,3	71,0	28,7 (20,0 – 37,4)*	50,3	20,7 (12,8 – 28,6)*
Die Praxis erstellt einen jährlichen Qualitätsbericht	6,9	16,7	9,7 (4,0 – 15,5)*	7,8	8,9 (3,3 – 14,4)*
Das gesamte Praxisteam führt regelmäßig allgemeine Teambesprechungen durch, zu denen Protokolle erstellt und verfügbar gemacht werden	55,8	77,3	21,5 (13,5 – 29,4)*	71,5	5,8 (1,3 – 10,3)
Dimension: Aufspüren von Qualitäts- oder Sicherheitsproblemen / -mängeln					
Blutdruckmessgeräte werden alle 2 Jahre messtechnisch kontrolliert bzw. ersetzt	86,3	92,2	5,9 (1,3 – 10,4)*	86,3	5,9 (1,3 – 10,5)*
Die elektronische medizinische Ausstattung (Defibrillator, Sterilisator…) wird regelmäßig nach geltenden rechtlichen Vorgaben überprüft	94,1	87,3	-6,8 (-11,7 – -1,9)*	78,4	8,9 (3,4 – 14,4)*
Die medizinische Ausstattung (Ophthalmoskope, Waage, Instrumente…) wird regelmäßig nach geltenden rechtlichen Vorgaben überprüft	89,2	92,2	2,9 (-0,3 – 6,2)	79,4	12,8 (6,3 – 19,3)*
Die Sicherheitsausstattung (z. B. Feuerlöscher) wird nach geltenden nationalen Vorgaben überprüft	92,2	94,1	2,0 (-0,7 – 4,6)	86,3	7,8 (6,3 – 19,3)*
Die Praxis hat die Einhaltung ergonomischer Standards (Stühle, Licht, Monitore…) nach der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) überprüfen lassen	70,3	82,3	12,0 (5,7 – 18,4)*	58,4	23,9 (15,6 – 32,2)*

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall

** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

Ergebnisse der Domäne „Infrastruktur“

Tabelle 11: *Domäne „Infrastruktur“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren*

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen**	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe***
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Dimension: Erreichbarkeit / Zugang und Verfügbarkeit					
Die Praxis hat ein Verfahren für den Umgang mit Patienten, die kein Deutsch sprechen können	55,6	67,0	11,4 (5,2 – 17,6)*	56,6	10,4 (4,4 – 16,3)*
Die Dauer der Arztkonsultation für einen Routine-Termin ist angemessen	77,3	76,9	-0,4 (-1,6 – 0,08)	80,2	-3,3 (-6,3 – 0,3)
Die Praxis arbeitet mit einem gemischten Bestellsystem	80,7	80,4	-0,3 (-1,4 – 0,08)	59,8	20,6 (12,8 – 28,4)*
Die Praxis hat eine Telefonanlage mit ausreichender Kapazität	100,0	100,0	–	100,0	–
Die Praxis hat einen separaten Telefon-Notrufkanal	26,5	35,0	8,5 (3,1 – 13,9)*	17,8	17,2 (9,9 – 24,5)*
Es gibt Verfahren zur Terminabsprache bei Hausbesuchen und für telefonische Auskünfte durch nicht-ärztliches Personal	64,2	79,4	15,2 (8,2 – 22,2)*	77,9	1,5 (-0,1 – 3,9)
Das Praxisschild informiert über die normalen Öffnungszeiten und über die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten	76,7	87,3	10,6 (4,6 – 16,6)*	85,3	2,0 (-0,1 – 4,7)
Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich und informiert über die Versorgung außerhalb der Sprechzeiten (alternativ: direkte Weiterleitung an den Hausarzt)	86,6	100,0	13,4 (6,7 – 20,0)*	96,6	3,4 (-0,3 – 6,3)*
Dimension: IT-Sicherheit					
Wichtige Daten werden täglich gesichert (Backup)	98,7	99,0	0,3 (-0,8 – 1,4)	97,7	1,3 (-0,1 – 3,4)
Alle Computer der Praxis sind gegen unberechtigten Zugriff geschützt (Benutzername und Kennwort)	90,0	97,1	7,1 (2,1 – 12,1)*	93,0	4,1 (0,3 – 7,9)
Alle am Internet angeschlossenen Computer sind durch einen Virenscanner geschützt	93,0	100,0	7,0 (2,0 – 12,0)*	94,3	5,7 (1,2 – 10,2)
Die Antiviren-Software wird automatisch und täglich aktualisiert	67,6	90,3	22,7 (14,6 – 30,8)*	88,1	2,2 (-0,6 – 5,0)
Alle am Internet angeschlossenen Computer sind durch eine Firewall geschützt	79,2	97,3	18,1 (10,6 – 25,6)*	93,4	3,9 (0,1 – 7,7)
Dimension: Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente					
Die essenziellen Notfallmedikamente sind verfügbar	73,3	83,8	10,5 (4,6 – 16,4)*	80,1	3,7 (0,04 – 7,4)
Die Praxis verfügt über eine Inventarliste der medizinischen Ausstattung (Ophthalmoskope, Waage, Instrumente, Defibrillator, Sterilisator, …)	67,7	87,8	20,1 (12,3 – 27,9)*	83,2	4,6 (0,5 – 8,7)
Die Praxis hat eine Liste der in der Praxis verfügbaren Notfallmedikamente	67,8	91,2	23,4 (15,2 – 31,6)*	59,8	31,4 (22,4 – 40,4)*
Die Praxis hat eine Liste über den Inhalt der Arzttaschen	51,0	80,4	29,4 (20,6 – 38,2)*	56,0	24,4 (16,1 – 32,7)*
Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und das Auffüllen der Arzttasche(n)	88,0	96,1	8,1 (2,8 – 13,4)*	88,3	7,8 (2,6 – 13,0)*

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen**	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe***
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und das Auffüllen der in der Praxis verfügbaren Notfallmedikamente	88,2	99,3	11,1 (5,0 – 17,2)*	89,5	9,8 (4,0 – 15,6)*
Das Haltbarkeitsdatum der essenziellen Notfallmedikamente ist nicht überschritten	85,1	94,0	8,9 (3,4 – 14,4)*	87,5	6,5 (1,7 – 11,3)*
Dimension: Nicht-medizinische Ausstattung					
Die Praxis hat ein funktionierendes Faxgerät mit eigener Nummer	100,0	100,0	–	100,0	–
In der Praxis ist ein Kühlschrank für Medikamente vorhanden	99,0	100,0	1 (-0,1 – 2,9)	100,0	–
BTM-pflichtige Medikamente werden in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt	85,1	100,0	14,9 (8,0 – 21,8)*	100,0	–
Der Medikamentenkühlschrank ist mit einem Min/Max-Thermometer ausgestattet	62,4	93,1	30,7 (21,7 – 39,7)*	71,0	22,1 (14,0 – 30,2)*
Die Temperatur im Medikamentenkühlschrank liegt zwischen 2-8 Grad Celsius	81,8	90,4	8,6 (3,2 – 13,9)*	86,2	4,2 (0,3 – 8,1)
Die Praxis verfügt über eine Inventarliste der Sicherheitsausstattung und der Computer	62,7	81,9	19,2 (11,6 – 26,8)*	75,5	6,4 (1,7 – 11,1)
Der Schrank zur Aufbewahrung BTM-pflichtiger Medikamente ist unverrückbar befestigt	81,3	89,8	8,5 (3,1 – 13,9)*	87,2	2,6 (-0,5 – 5,7)
Dimension: Räumlichkeiten					
Das Wartezimmer hat eine Spielecke für Kinder	71,3	74,5	3,2 (-0,2 – 6,6)	78,4	-3,9 (-0,1 – -7,7)
Das Wartezimmer ist sauber	99,0	100,0	1,0 (-0,1 – 2,9)	100,0	–
Die Praxis hat eine Patiententoilette mit der Möglichkeit zum Händewaschen	100,0	100,0	–	99,0	1,0 (-0,9 – 2,9)
Die Praxis hat eine Personaltoilette mit der Möglichkeit zum Händewaschen	95,1	96,1	1 (-0,1 – 2,9)	95,1	1,0 (-0,9 – 2,9)
Die Praxis verfügt über einen Wickeltisch	21,6	24,5	2,9 (-0,3 – 6,2)	25,5	-1,0 (-2,9 – 0,9)
Es ist Stellplatz für Kinderwagen/Buggies vorhanden	97,1	98,0	0,9 (-0,9 – 2,7)	97,1	0,9 (-0,9 – 2,7)
Im Wartezimmer gibt es Spielzeug	79,4	88,2	8,8 (3,3 – 14,3)*	91,2	-3,0 (-6,3 – 0,3)
Dimension: Zugang / Einrichtungen für gehandicapte Personen					
Die Praxis und deren Räumlichkeiten sind für Patienten im Rollstuhl geeignet	69,1	76,0	6,9 (2,0 – 11,8)	68,1	7,9 (2,7 – 13,1)*
Die Praxis hat eine Patiententoilette mit behindertengerechter Ausstattung	11,8	22,6	10,8 (4,8 – 16,8)*	22,5	0,1 (-0,1 – 0,7)
In der Nähe der Praxis gibt es Parkplätze, die für behinderte Personen reserviert sind	41,2	62,8	21,6 (13,6 – 29,6)*	63,7	-0,9 (-2,7 – 0,9)
Falls sich die Praxisräume nicht im Erdgeschoss befinden, steht ein Lift zur Verfügung	71,6	79,4	7,8 (2,6 – 13,0)	75,2	4,2 (0,3 – 8,1)

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall

– *Es zeigt sich keine Veränderung, daher ist die Berechnung eines Konfidenzintervalls nicht möglich.*

* *Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

** *Kein Vorzeichen = Interventionsgruppe wird um den ausgewiesenen %-Wert besser von T0 auf T1.*
Vorzeichen „-" (Minus) = Interventionsgruppe verschlechtert sich um den ausgewiesenen %-Wert.

*** *Unterschied zwischen Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1:*
Kein Vorzeichen = Interventionsgruppe ist um den ausgewiesenen %-Wert besser als Vergleichsgruppe.

Ergebnisse der Domäne „Information“

Tabelle 12: *Domäne „Information“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren*

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Dimension: Behandlungsdaten/Patientenakte					
Es gibt ein festgelegtes Verfahren, wie bei Aufnahme neuer Patienten in der Praxis medizinische Informationen von anderen/früheren Ärzten übernommen werden, die Patienten über die Praxis informiert werden	73,5	90,2	16,7 (9,5 – 23,9)*	91,1	-0,9 (-2,7 – 0,9)
Die Praxis dokumentiert, welche Maßnahmen (z. B. Wiedereinbestellung) aufgrund der eingegangenen Ergebnisse getroffen wurden	98,0	99,0	1,0 (-0,9 – 2,9)	97,0	2,0 (-0,7 – 4,7)
Die Praxis dokumentiert ausgehende Anfragen (versendete Laboraufträge, Überweisungen) an andere Leistungsanbieter	92,1	97,1	5,0 (0,8 – 9,2)	97,1	–
Die Praxis hat ein Verfahren, das sicherstellt, dass eingehende Untersuchungsergebnisse vom behandelnden Arzt eingesehen werden	98,0	100,0	2,0 (-0,7 – 4,7)	100,0	–
Soweit telefonische Auskünfte von nichtärztlichem Personal erteilt werden, werden sie dokumentiert	83,6	84,0	0,4 (-0,8 – 1,6)	71,8	12,2 (5,8 – 18,6)*
In der Praxis gibt es ein Verfahren für die Überprüfung der Notwendigkeit von Wiederholungsverschreibungen	93,9	100,0	6,1 (1,5 – 10,7)*	96,0	4,0 (0,2 – 7,8)*
Eingehende Untersuchungsergebnisse werden von der Praxis dokumentiert und mit den ausgegangenen Anfragen abgeglichen	93,1	94,1	1,0 (-0,9 – 2,9)	88,2	5,9 (1,3 – 10,5)
Jede Patientenakte enthält eine Übersicht über die aktuellen Arzneimittel-Verordnungen	99,0	100,0	1,0 (-0,9 – 2,9)	100,0	–
Jede Patientenakte enthält eine Problemliste oder Zusammenfassung (in Papierform oder als Datei)	94,1	97,1	3,0 (-0,3 – 6,3)	96,1	1,0 (-0,9 – 2,9)
Jede Patientenakte enthält patientenspezifische Intoleranzen und Kontraindikationen	100,0	100,0	–	99,0	1,0 (-0,9 – 2,9)
Bei der Dokumentation werden international gebräuchliche Klassifikationssysteme genutzt	100,0	100,0	–	100,0	–
Wichtige Untersuchungsergebnisse und Informationen Dritter (Tests, Berichte) werden in die Patientenakte eingetragen	97,1	100,0	2,9 (-0,3 – 6,2)	98,0	2,0 (-0,7 – 4,7)
Die Praxis hat ein Wiedereinbestellsystem für Patienten mit chronischen Erkrankungen	53,5	82,5	29,0 (20,2 – 37,8)*	77,9	4,6 (0,5 – 8,7)
Dimension: Einsatz von Praxis-EDV					
Der Computer wird für die Erstellung von Arzneimittelverordnungen genutzt	98,0	100,0	2,0 (-0,7 – 4,7)	99,0	1,0 (-0,9 – 2,9)
Der Computer wird für die Verwaltung der Finanzen (z. B. Rechnungen) genutzt	82,4	96,1	13,7 (7,0 – 20,4)*	90,2	5,9 (1,3 – 10,5)*
Der Computer wird für die Erstellung von Arztbriefen genutzt	99,0	98,0	-1,0 (-2,9 – 0,9)	94,1	3,9 (0,1 – 7,7)

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Die Praxis führt die Patientenakten computergestützt	98,0	100,0	2,0 (-0,7 – 4,7)	98,0	2,0 (-0,7 – 4,7)
Dimension: Fachinformation für Mitarbeiter					
Alle Ärzte der Praxis können in der Praxis Einblick in medizinische Leitlinien nehmen	98,0	99,0	1,0 (-0,9 – 2,9)	100,0	-1,0 (-2,9 – 0,9)
Medizinische Fachzeitschriften sind in der Praxis für alle Ärzte zugänglich	97,1	99,0	1,9 (-0,7 – 4,5)	98,0	1,0 (-0,9 – 2,9)
Ärzte haben in der Praxis Zugang zu medizinischen Literaturdatenbanken	77,5	85,3	7,8 (2,6 – 13,0)	80,4	4,9 (0,7 – 9,1)
Alle Ärzte haben in der Praxis einen Zugang zum Internet	61,8	70,8	9,0 (3,4 – 14,6)	61,7	9,1 (3,5 – 14,7)*
Dimension: Geheimhaltung und Ungestörtheit					
Patientenakten und andere Akten, in denen Informationen über Patienten enthalten sind, werden nicht sichtbar dort liegengelassen, wo sie für andere zugänglich sind	86,8	89,7	3,0 (-0,3 – 6,3)	81,7	8,0 (2,7 – 13,3)*
In den Sprech-/Untersuchungsräumen gibt es einen Bereich, in dem sich Patienten ungestört umkleiden können	34,5	43,1	8,6 (3,2 – 14,0)	31,0	12,1 (5,8 – 18,4)*
Dimension: Informationen für Patienten über die Behandlung / medizinisch					
Den Patienten wird eine aktuelle Auswahl an medizinischen Büchern und/oder Videos angeboten	60,8	72,6	11,8 (5,5 – 18,1)*	73,5	-0,9 (-2,7 – 0,9)
Die Praxis hält eine Auswahl von Informationsbroschüren für ihre Patienten bereit	46,1	59,1	13,0 (6,5 – 19,5)*	49,9	9,2 (3,6 – 14,8)
Die ständige Aktualisierung und Verfügbarkeit der medizinischen Informationsmaterialien für Patienten sind durch ein Verfahren gewährleistet	80,4	93,7	13,3 (6,7 – 19,9)*	92,7	1,0 (-0,9 – 2,9)
Im Rahmen der Konsultation kommen Patienteninformationsblätter zum Einsatz	87,0	97,0	10,0 (4,2 – 15,8)*	94,0	3,0 (-0,3 – 6,3)
Es gibt ein Verfahren, medizinische Informationsmaterialien für Patienten hinsichtlich ihrer Qualität zu bewerten, bevor sie verwendet werden	84,9	95,9	11,0 (4,9 – 17,1)*	94,0	1,9 (-0,7 – 4,5)
Es ist klar geregelt, wer für die Bewertung und Aktualisierung medizinischer Informationsmaterialien für Patienten verantwortlich ist	87,8	95,7	7,8 (2,6 – 13,0)*	94,7	1,0 (-0,9 – 2,9)
Dimension: Informationen für Patienten über die Praxis / Praxis-Politik					
Die Praxisbroschüre stellt die sonstigen von der Praxis angebotenen Leistungen vor	93,2	91,9	-1,3 (-3,4 – 0,9)	88,3	3,6 (-0,01 – 7,2)
Die Praxisbroschüre enthält die Anschrift und Telefon-Nr. der Praxis	95,6	96,8	1,2 (-0,9 – 3,3)	98,3	-1,5 (-3,9 – 0,9)
Die Praxisbroschüre informiert über Ansprechpartner und Telefon-Nr. außerhalb der Sprechzeiten	77,8	74,6	-3,2 (-6,6 – 0,2)	70,0	4,6 (0,5 – 8,7)
Die Praxis verfügt über eine Praxisbroschüre (Flyer, Informationsblatt o. ä.)	42,2	61,8	19,6 (11,9 – 27,3)*	58,8	3,0 (-0,3 – 6,3)
Die Praxisbroschüre informiert über die Sprechzeiten der Praxis	100,0	98,4	-1,6 (-4,0 – 0,8)	93,3	5,1 (0,8 – 9,4)*

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Die Praxisbroschüre enthält Hinweise zum Umgang mit Kritik und Beschwerden von Patienten	22,2	31,8	9,6 (3,9 – 15,3)*	31,8	–
Die Praxisbroschüre stellt das ärztliche Personal mit Namen vor	86,7	71,4	-15,3 (-22,3 – -8,3)*	76,7	-5,3 (-9,6 – -0,9)
Die Praxisbroschüre stellt das nicht-ärztliche Personal mit Namen vor	53,7	40,0	-13,7 (-22,2 – 8,3)*	48,2	-8,2 (-13,5 – -2,9)
Es gibt ein Verfahren, nach dem neue Patienten über die Praxis informiert werden	52,6	83,3	30,7 (21,7 – 39,7)*	69,6	13,7 (7,0 – 20,4)*
Dimension: Kommunikation mit anderen Leistungserbringern					
Die Praxis fördert die Kontinuität der Mit-/Weiterbehandlung durch Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringern	73,0	80,4	7,4 (2,3 – 12,5)	79,4	1,0 (-0,9 – 2,9)
Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer	91,2	99,0	7,8 (13,0 – 2,6)*	93,1	5,9 (1,3 – 10,5)*
Vertretungskräfte werden in die Abläufe der Praxis eingearbeitet	92,3	73,3	-19,0 (-26,6 – -11,4)*	53,5	19,8 (12,1 – 27,5)*
Alle Ärzte der Praxis haben die Möglichkeit, in der Praxis E-Mails zu empfangen bzw. versenden	62,3	70,8	8,5 (3,1 – 13,9)	62,7	8,1 (2,8 – 13,4)
Dimension: Prävention					
Die Praxis verfügt über Raten der Inanspruchnahme von Influenzaimpfungen	81,1	83,2	2,1 (-0,7 – 4,9)	80,2	3,0 (-0,3 – 6,3)
Jede Patientenakte enthält den Raucherstatus und Angaben zum Alkoholkonsum	75,5	93,1	17,6 (10,2 – 25,0)*	89,7	3,4 (-0,1 – 6,9)
Die Praxis führt präventive Maßnahmen durch (z. B. bzgl. KHK, Nikotinentwöhnung, Dekubitus, Osteoporose)	48,1	73,9	25,8 (17,3 – 34,3)*	70,1	3,8 (0,1 – 7,5)

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall
– Es zeigt sich keine Veränderung, daher ist die Berechnung eines Konfidenzintervalls nicht möglich.
** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Ergebnisse der Domäne „Finanzen“

Tabelle 13: *Domäne „Finanzen“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren*

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Dimension: Finanzielle Leitung und Verantwortung					
Die Praxis hat ein Verfahren zur Überprüfung der Begleichung offener Rechnungen an Patienten	94,8	99,0	4,2 (0,3 – 8,1)*	96,0	3 (-0,3 – 6,3)
Die Verantwortung für die Finanzverwaltung ist in der Praxis klar definiert	96,0	99,0	3 (-0,3 – 6,3)	95,1	3,9 (0,1 – 7,7)*
Dimension: Finanzielle Planung (prospektiv)					
Die Praxis erstellt einen jährlichen Finanzplan, welcher alle zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben beinhaltet	43,3	55,0	11,7 (5,5 – 17,9)*	42,9	12,1 (5,8 – 18,4)*
Dimension: Jährlicher Bericht (retrospektiv)					
Die Praxis erstellt einen jährlichen Finanzbericht (Bilanz bzw. Einnahmen-Überschussrechnung)	93,0	100,0	7,0 (2,0 – 12,0)*	100,0	–
Der Jahresbericht beinhaltet eine Auflistung der Barbestände/Bareinnahmen	100,0	97,0	-3,0 (-6,3 – 0,3)*	94,8	2,2 (-0,6 – 5,0)
Der Jahresbericht beinhaltet eine Auflistung der offenen Forderungen	70,0	71,4	1,4 (-0,9 – 3,7)	50,6	20,8 (12,9 – 28,7)*

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall
– Es zeigt sich keine Veränderung, daher ist die Berechnung eines Konfidenzintervalls nicht möglich.
** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

Ergebnisse der Domäne „Menschen“

Tabelle 14: *Domäne „Menschen“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren*

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Dimension: Aus- und Weiterbildung					
Nicht-ärztliche Mitarbeiter wurden bei ihrer Neueinstellung über die allgemeine Arbeitsorganisation der Praxis informiert	32,1	92,1	60,0 (50,5 – 69,5)*	92,9	-0,8 (-2,5 – 0,9)
Jeder Mitarbeiter hat einen persönlichen Lern-/Fortbildungsplan	18,7	27,3	8,6 (3,2 – 14,0)*	15,9	11,4 (5,2 – 17,6)*
Die Praxis engagiert sich für Aus-/Weiterbildung und Lehre (Ausbildungs-, Lehr- oder Weiterbildungspraxis)	63,9	64,1	0,2 (-0,7 – 1,1)	65,2	-1,2 (-3,3 – 0,9)
Nicht-ärztliche Mitarbeiter wurden in den ersten Wochen nach Arbeitsaufnahme strukturiert in ihr Aufgabengebiet eingearbeitet	28,2	91,2	63,0 (53,6 – 72,4)*	90,2	1,0 (-0,9 – 2,9)
Dimension: Personalmanagement					
In den letzten 12 Monaten wurde mit jedem Mitarbeiter ein Personalgespräch durchgeführt	41,0	58,9	18,0 (10,5 – 25,5)*	41,3	17,6 (10,2 – 25,0)*
Bei Neueinstellungen von Mitarbeitern wird die Echtheit von Zeugnissen und Zertifikaten überprüft	45,9	65,7	19,7 (12,0 – 27,4)*	49,0	16,7 (9,5 – 23,9)*
Der Personalbedarf der Praxis ist gedeckt	99,3	98,3	-0,97 (-2,7 – 0,9)	96,8	1,5 (-0,9 – 3,9)
Die Praxis hat in den letzten 36 Monaten die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter (z. B. über einen Fragebogen) gemessen	22,3	45,5	23,2 (15,0 – 31,4)*	6,9	38,6 (29,2 – 48,0)*
Das gesamte Praxisteam hat in den letzten 12 Monaten außerhalb des normalen Praxisbetriebes etwas gemeinsam unternommen (z. B. Betriebsausflug, gemeinsames Essen)	93,1	96,1	2,9 (-0,3 – 6,2)	96,1	–
Es wurde in den letzten 3 Jahren mindestens einmal eine Befragung zur Arbeitszufriedenheit aller Mitarbeiter (inkl. Ärzte) durchgeführt	40,1	68,0	28,0 (19,3 – 36,7)*	33,3	34,7 (25,5 – 43,9)*
Zu jedem Personalgespräch ist ein schriftlicher Bericht vorhanden	24,9	33,3	8,4 (3,0 – 13,8)*	23,0	10,3 (4,4 – 16,2)*
Nicht-ärztliche Mitarbeiter haben unterzeichnete Arbeitsverträge	76,4	81,6	5,2 (0,9 – 9,5)	74,8	6,8 (1,9 – 11,7)
Nicht-ärztliche Mitarbeiter haben eine Stellenbeschreibung	39,3	55,8	16,4 (9,2 – 23,6)*	37,6	18,2 (10,7 – 25,7)*
Dimension: Perspektive der ärztlichen Mitarbeiter					
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der physischen Arbeitsbelastung	71,2	71,0	-0,3 (-1,3 – 0,7)	69,8	1,2 (-0,9 -3,3)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können	79,6	81,5	1,9 (-0,7 – 4,5)	79,6	1,9 (-0,7 – 4,5)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit ihren Kollegen und Mitarbeitern	84,2	88,2	4,0 (0,2 – 7,8)	87,7	0,5 (-0,9 – 1,9)

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der Anerkennung, die sie für ihre Arbeit bekommen	79,3	81,0	1,7 (-0,8 – 4,2)	79,7	1,3 (-0,9 – 3,5)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der Menge an Verantwortung, die sie übertragen bekommen	81,2	80,9	-0,3 (-1,4 – 0,8)	77,1	3,8 (0,1 – 7,5)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit ihrem Einkommen	64,9	66,4	1,5 (-0,8 – 3,9)	63,7	2,7 (-0,4 – 5,8)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der Möglichkeit, ihre Fähigkeiten nutzen zu können	75,2	81,0	5,8 (1,3 – 10,3)	78,5	2,5 (-0,5 – 5,5)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit ihren Arbeitsstunden	59,6	58,9	-0,7 (-2,3 – 0,9)	57,2	1,7 (-0,8 – 4,2)
Die ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit dem Grad der Abwechslung in ihren Aufgaben	79,2	83,8	4,6 (0,5 – 8,7)	83,6	0,2 (-0,6 – 1,1)
Gesamtbeurteilung des Arbeitsplatzes aus Sicht der ärztlichen Mitarbeiter	78,0	80,7	2,7 (-0,4 – 5,8)	78,9	1,8 (-0,7 – 4,3)
Dimension: Perspektive der nicht-ärztlichen Mitarbeiter					
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der physischen Arbeitsbelastung	77,6	80,0	2,4 (-0,6 – 5,4)	77,9	2,1 (-0,7 – 4,8)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit ihren Kollegen und Mitarbeitern	84,1	87,5	3,4 (-0,1 – 6,9)	85,7	1,8 (-0,7 – 4,3)
Beurteilung der Arbeitsatmosphäre aus Sicht der nicht-ärztlichen Mitarbeiter	79,8	82,3	2,6 (-0,5 – 5,7)	79,0	3,3 (-0,2 – 6,8)
Aus Sicht der nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind die Zuständigkeiten im Team klar	81,9	86,1	4,3 (0,4 – 8,2)	82,5	3,6 (-0,01 – 7,2)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter fühlen sich ermutigt, Anregungen zur Verbesserung der Praxis zu geben	77,5	81,6	4,2 (0,3 – 8,1)	78,6	3,0 (-0,3 – 6,3)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können	79,6	83,5	3,9 (0,1 – 7,7)	81,3	2,2 (-0,6 – 5,0)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der Anerkennung, die sie für ihre Arbeit bekommen	73,4	79,4	6,0 (1,4 – 10,6)	73,9	5,5 (1,1 – 9,9)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit der Menge an Verantwortung, die sie übertragen bekommen	81,5	84,5	3,0 (-0,3 – 6,3)	82,5	2,0 (-0,7 – 4,7)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit ihrer Bezahlung	62,7	68,2	5,5 (1,1 – 9,9)	62,4	5,8 (1,3 – 10,3)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter haben den Eindruck, ihre Fähigkeiten nutzen zu können	79,0	82,5	3,5 (-0,1 – 7,1)	80,7	1,8 (-0,7 – 4,4)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit den Arbeitsstunden	78,9	82,6	3,7 (0,3 – 7,4)	80,0	2,6 (-0,4 – 5,7)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind zufrieden mit dem Grad der Abwechslung in ihren Aufgaben	81,3	84,3	3,1 (-0,3 – 6,5)	82,4	1,9 (-0,7 – 4,5)
Gesamtbeurteilung des Arbeitsplatzes aus der Sicht der nicht-ärztlichen Mitarbeiter	82,4	84,4	2,0 (-0,7 – 4,7)	82,8	1,6 (-0,8 – 4,0)

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter haben den Eindruck, ihre Verbesserungsvorschläge werden ernst genommen	75,8	79,7	3,9 (0,1 – 7,7)	73,5	6,2 (1,5 – 10,8)
Dimension: Perspektive der Patienten					
Während des Arztbesuches wird den Patienten das Gefühl vermittelt, ausreichend Zeit für sie zu haben	86,8	86,1	-0,7 (-2,3 – 0,9)	86,5	-0,4 (-1,6 – 0,8)
Die Patienten sind mit dem Umfang an Angeboten zur Krankheitsvorbeugung zufrieden	81,6	81,9	0,3 (-0,8 – 1,4)	81,2	0,7 (-0,9 – 2,3)
Die Patienten haben den Eindruck, dass ihr Hausarzt an ihrer persönlichen Situation interessiert ist	87,4	87,1	-0,3 (-1,4 – 0,8)	87,6	-0,5 (-1,9 – 0,9)
Die Patienten sind der Ansicht, ihr Hausarzt macht es ihnen leicht, mit ihm über Probleme zu sprechen	86,0	86,5	0,5 (-0,9 – 1,9)	86,6	-0,1 (-0,7 – 0,5)
Die Patienten fühlen sich gut in Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung einbezogen	83,8	83,9	0,1 (-0,5 – 0,7)	84,2	-0,3 (-1,4 – 0,8)
Die Patienten sind der Ansicht, ihr Hausarzt hört ihnen gut zu	88,2	88,1	-0,1 (-0,7 – 0,5)	88,5	-0,4 (-1,6 – 0,8)
Die Patienten haben den Eindruck, dass auf die vertrauliche Behandlung ihrer Daten und Unterlagen geachtet wird	89,9	87,9	-2,0 (-4,7 – 0,7)	88,3	-0,4 (-1,6 – 0,8)
Die Patienten sind der Meinung, dass ihnen gut geholfen wird, um ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können	82,7	82,0	-0,7 (-2,3 – 0,9)	82,1	-0,2 (-1,1 – 0,7)
Die Patienten sind der Meinung, ihr Arzt ist gründlich	87,1	84,8	-2,3 (-5,2 – 0,6)	85,2	-0,5 (-1,9 – 0,9)
Die Patienten haben den Eindruck, dass körperliche Untersuchungen bei ihnen gut durchgeführt werden	85,5	85,2	-0,3 (-1,4 – 0,8)	84,8	0,4 (-0,8 – 1,6)
Nach Meinung der Patienten wird der Zweck von Untersuchungen und Behandlungen gut erklärt	83,8	83,9	0,1 (-0,5 – 0,7)	83,8	0,1 (-0,5 – 0,7)
Die Patienten sind der Ansicht, dass sie gut über ihre Beschwerden bzw. Erkrankungen informiert werden	84,6	84,4	-0,2 (-1,1 – 0,7)	84,5	-0,1 (-0,7 – 0,5)
Die Patienten sind der Meinung, dass ihnen bei emotionalen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand gut geholfen wurde	82,0	82,0	–	82,2	-0,2 (-1,1 – 0,7)
Die Patienten sind der Ansicht, dass ihnen gut erläutert wird, warum sie ärztliche Ratschläge befolgen sollen	82,8	82,0	-0,8 (-2,5 – 0,9)	82,2	-0,2 (-1,1 – 0,7)
Die Patienten haben den Eindruck, dass sich an frühere Kontakte und Gespräche gut erinnert wird	81,7	81,8	0,1 (-0,5 – 0,7)	81,7	0,1 (-0,5 – 0,7)
Die Patienten fühlen sich auf die Behandlung durch einen Facharzt oder das Krankenhaus gut vorbereitet	81,1	80,4	-0,7 (-2,3 – 0,9)	81,0	0,6 (-2,1 – 0,9)

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Indikator	Interventionsgruppe		Veränderungen	Vergleichsgruppe	Interventions- vs. Vergleichsgruppe
	T0 in % (n = 102)	T1 in % (n = 102)	T0 zu T1 in % (95 % CI)	VG in % (n = 102)	zu T1 in % (95 % CI)
Die Patienten sind mit der Hilfsbereitschaft der Praxismitarbeiter/innen (ohne Hausarzt) zufrieden	88,4	88,3	-0,1 (-0,7 – 0,5)	89,2	-0,9 (-2,7 – 0,9)
Die Patienten sind zufrieden mit den Möglichkeiten, für sie passende Termine zu bekommen	85,6	85,2	-0,4 (-1,6 – 0,8)	84,4	0,8 (-0,9 – 2,5)
Die Patienten sind mit der telefonischen Erreichbarkeit der Praxis zufrieden	87,0	85,4	-1,6 (-4,0 – 0,8)	84,0	1,4 (-0,9 – 3,7)
Die Patienten sind mit der telefonischen Erreichbarkeit des Hausarztes selbst zufrieden	78,2	76,7	-1,6 (-4,0 – 0,8)	75,8	0,9 (-0,9 – 2,7)
Die Patienten sind mit den Wartezeiten zufrieden	66,9	67,8	0,9 (-0,9 – 2,7)	64,6	3,2 (-0,02 – 6,6)
Die Patienten sind der Ansicht, dass ihnen bei dringenden gesundheitlichen Problemen schnell geholfen wird	87,7	87,3	-0,4 (-1,6 – 0,8)	86,9	0,4 (-0,8 – 1,6)
Die Patienten würden ihren Freunden den Hausarzt weiterempfehlen	90,7	90,4	-0,3 (-1,4 – 0,8)	90,3	0,1 (-0,5 – 0,7)
Die Patienten sind der Meinung, dass ihre Beschwerden schnell gelindert werden	80,3	78,8	-1,5 (-3,9 – 0,9)	79,1	-0,3 (-1,4 – 0,8)
Die Patienten sehen keinen Grund, den Hausarzt zu wechseln	92,1	92,3	0,2 (-0,7 – 1,1)	92,1	0,1 (-0,5 – 0,7)

T0 = Erst-Assessment, T1 = Re-Assessment, CI = Konfidenzintervall

– Es zeigt sich keine Veränderung, daher ist die Berechnung eines Konfidenzintervalls nicht möglich.

** Eine Irrtumswahrscheinlichkeit von p ≤ 0,05 wird akzeptiert (vgl. Szecsenyi et al. 2011b).*

Abkürzungsverzeichnis

AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
CI	Konfidenzintervall
EPA	Europäisches Praxisassessment (EPA)®
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MFA	Medizinische/r Fachangestellte/r
MW	Mittelwert
PKV	Private Krankenversicherung
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
SGB V	Sozialgesetzbuch V

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung und Umsetzung eines internen Qualitätsmanagement-Systems	6
Abbildung 2:	Die Themenbereiche (Domänen) des Europäischen Praxisassessments	7
Abbildung 3:	Phasen von EPA	10
Abbildung 4:	Ablauf der Visitation	12
Abbildung 5:	Zusammenfassung der Ergebnisse im Pentagraph	14
Abbildung 6:	Beispiel für eine Ergebnisdarstellung auf Ebene der EPA-Dimensionen	14
Abbildung 7:	Beispiel für ein Streudiagramm	15
Abbildung 8:	Interaktive Auswahl der Praxen für die Vergleichsgruppe (Stratifizierung)	15
Abbildung 9:	To-Do-Liste in VISOTOOL®	15
Abbildung 10:	Flowchart zur Auswahl der Praxen	20

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	EPA – Domänen, Indikatoren, Items (Beispiele)	8
Tabelle 2:	Charakteristika der in die Studie einbezogenen Praxen	21
Tabelle 3:	Soziodemographie, Inanspruchnahme und Anteil chronisch Kranker in der Patientenstichprobe (Angaben aus der Patientenbefragung)	21
Tabelle 4:	Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in allen Domänen von EPA	22
Tabelle 5:	Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Qualität und Sicherheit“	23
Tabelle 6:	Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Infrastruktur“	24
Tabelle 7:	Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich von Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Information“	25
Tabelle 8:	Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe zu T1 in den Dimensionen von „Finanzen“	26
Tabelle 9:	Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe in den Dimensionen von „Menschen“	27
Tabelle 10:	Domäne „Qualität und Sicherheit“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren	29
Tabelle 11:	Domäne „Infrastruktur“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren	31
Tabelle 12:	Domäne „Information“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren	33
Tabelle 13:	Domäne „Finanzen“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren	36
Tabelle 14:	Domäne „Menschen“ – Veränderungen im Zeitraum von drei Jahren bei der Interventionsgruppe und Vergleich Interventions- vs. Vergleichsgruppe, einzelne Indikatoren	37

Literaturverzeichnis

BORTZ, J. 2005. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, Heidelberg, Springer Medizin.

BROWN, C. A. & LILFORD, R. J. 2006. The stepped wedge trial design: a systematic review. BMC Med Res Methodol, 6, 54.

DEMING, E. W. 1986. Out of the Crisis, Massachusetts, The MIT Press.

ENGELS, Y., CAMPBELL, S., DAUTZENBERG, M., VAN DEN HOMBERGH, P., BRINKMANN, H., SZECSENYI, J., FALCOFF, H., SEUNTJENS, L., KUENZI, B. & GROL, R. 2005. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract, 22, 215-22.

ENGELS, Y., DAUTZENBERG, M., CAMPBELL, S., BROGE, B., BOFFIN, N., MARSHALL, M., ELWYN, G., VODOPIVEC-JAMSEK, V., GERLACH, F. M., SAMUELSON, M. & GROL, R. 2006. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. Fam Pract, 23, 137-47.

G-BA 2005. Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren. Fassung vom 18.10.2005. In Kraft getretem am 01.01.2006. Bundesanzeiger, 248, 17329.

GODERIS, G., BORGERMANS, L., HEYRMAN, J., VAN DEN BROEKE, C., CARBONEZ, A., MATHIEU, C., VERBEKE, G. & GROL, R. 2010. Monitoring modifiable cardiovascular risk in type 2 diabetes care in general practice: the use of an aggregated z-score. Med Care, 48, 589-95.

GOETZ, K., BROGE, B., WILLMS, S., JOOS, S. & SZECSENYI, J. 2010. Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern. Med Klink (München), 105, 767-71.

GOETZ, K., CAMPBELL, S., WILLMS, S., ROCHON, J., KLINGENBERG, A. & SZECSENYI, J. 2011. How do chronically ill patients evaluate their medical care? An observational study with 46919 patients in 676 primary care practices. Int J Pers Cent Med, 1, 338-46

GRAMSCH, E., HOPPE, J.-D. & JONITZ, G. 2009. Kompendium Q-M-A: Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung Deutscher Ärzteverlag.

GROL, R., DAUTZENBERG, M. & BRINKMANN, H. (eds.) 2004. Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

GROL, R., WENSING, M., MAINZ, J., JUNG, H. P., FERREIRA, P., HEARNSHAW, H., HJORTDAHL, P., OLESEN, F., REIS, S., RIBACKE, M. & SZECSENYI, J. 2000. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract, 50, 882-7.

HUSSEY, M. A. & HUGHES, J. P. 2007. Design and analysis of stepped wedge cluster randomized trials. Contemp Clin Trials, 28, 182-91.

JAMTVEDT, G., YOUNG, J. M., KRISTOFFERSEN, D. T., O'BRIEN, M. A. & OXMAN, A. D. 2006. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev, CD000259.

KLINGENBERG, A., BAHRS, O. & SZECSENYI, J. 1999. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen. Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP®). Z Arztl Fortbild Qualitatssich, 93, 437-445.

O'BRIEN, M. A., ROGERS, S., JAMTVEDT, G., OXMAN, A. D., ODGAARD-JENSEN, J., KRISTOFFERSEN, D. T., FORSETLUND, L., BAINBRIDGE, D., FREEMANTLE, N., DAVIS, D. A., HAYNES, R. B. & HARVEY, E. L. 2007. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev, CD000409.

PETEK, D., KUNZI, B., KERSNIK, J., SZECSENYI, J. & WENSING, M. 2011. Patients' evaluations of European general practice-revisited after 11 years. Int J Qual Health Care. 10.1093/intqhc/mzr052

ROSENBAUM, P. R. & RUBIN, D. B. 1983. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika, 70, 41-55.

SCHLUCKEBIER, I. 2011. Tipps vom Visitor (1): Panne beim Praxis-AB. Der Allgemeinarzt 4 (Online).

SIBBALD, B., ENZER, I., COOPER, C., ROUT, U. & SUTHERLAND, V. 2000. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? Fam Pract, 17, 364-71.

SZECSENYI, J., BROGE, B., WILLMS, S., BRODOWSKI, M. & GOETZ, K. 2011a. Benchmarking in der ambulanten Versorgung am Beispiel des Europäischen Praxisassessments (EPA). Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 105, 404-407, Erratum zu „Benchmarking in der ambulanten Versorgung am Beispiel des Europäischen Praxisassessments (EPA) (in press).

SZECSENYI, J., CAMPBELL, S., BROGE, B., LAUX, G., WILLMS, S., WENSING, M. & GOETZ, K. 2011b. Does a quality management system improve quality in primary care practices? CMAJ (in press).

SZECSENYI, J., GOETZ, K., CAMPBELL, S., BROGE, B., REUSCHENBACH, B. & WENSING, M. 2011c. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? BMJ Qual Saf, 20, 508-14.

VAN DEN HOMBERGH, P. 1998. Practice visits. Assessing and Improving management in general practice. Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK).

VAN DEN HOMBERGH, P., GROL, R., VAN DEN HOOGEN, H. J. & VAN DEN BOSCH, W. J. 1999. Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. Qual Health Care, 8, 167-71.

WARR, P. J., COOK, J. & WALL, T. 1979. Scales for measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. Journal of Occupational Psychology, 52, 129-148.

© 2011 AQUA-Institut GmbH

Danksagung

Wir möchten uns ganz herzlich bei den teilnehmenden Hausarztpraxen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken sowie auch bei den Patientinnen und Patienten, die an der Patientenbefragung teilgenommen haben.

Das vorliegende Werk wäre ohne das EPA-Team des AQUA-Instituts nicht zustande gekommen. Sie alle haben wesentlich zur Entwicklung und Implementierung von EPA beigetragen. Unser Dank gilt folglich dem gesamten Team, das in den letzten 10 Jahren dabei war, wenn auch manche nur zeitweise: Jutta Bartsch, Marc Brodowski, Björn und Sabine Broge, Michael Buckendahl, Sabrina Dohl, Karolin Hahn, Cornelia Kirst, Anja Klingenberg, Mohammed Lambarki, Dr. Burgi Riens, Katja Sperling, Joachim Szecsenyi, Sara Willms und Petra Wippenbeck.

Des Weiteren möchten wir den über 50 EPA-Visitorinnen und Visitoren danken, ohne die die Praxisbegehungen und die damit verbundenen Assessments sowie die zahlreichen Anstöße zur Qualitätsentwicklung in den Praxen nicht möglich gewesen wären.

Ebenso gebührt der internationalen EPA-Entwicklergruppe für EPA-Hausarztpraxen Dank, allen voran Dr. Maike Dautzenberg, Dr. Yvonne Engels, Prof. Richard Grol und Prof. Michel Wensing aus Nijmegen und den Kolleginnen und Kollegen der European Association for Quality in Family Practice (EQuiP), der European Task Force for Practice Assessment (TOPAS-Europe) und deren deutscher Sektion (TOPAS-Germany, hier besonders Prof. Ferdinand Gerlach). Sie haben durch ihre Expertise und durch kritische Diskussionen die kontinuierliche Entwicklung von EPA unterstützt.

Zu dieser internationalen Entwicklergemeinschaft, die teilweise auch jetzt noch an der Umsetzung im europäischen Ausland beteiligt ist, gehören in Belgien: Dr. Klaus Knops und Dr. Dominique Pestiaux (Department of General Practice, Katholische Universität Leuven), Dr. Piet van den Bussche (Domus Medica) und Nicole Boffin (Scientific Society of Flemish General Practitioners, Antwerpen); in Griechenland: Dr. Antonios Karotsis und Dr. Sakis Simeonis (Greek Association of GP's); in Frankreich: Prof. Marianne Samuelson (Collège National des Généralistes Enseignants) und Prof. Hector Falcoff (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste); in Großbritannien: Dr. Stephen Campell (Dept. of Primary Care, University of Manchester), Dr. Adrian Edwards, Prof. Glyn Elwyn und Melody Rhydderch (University of Swansea) sowie Prof. Martin Marshall (University of Manchester); in den Niederlanden: Dr. Pieter van den Hombergh (Landelijke Huisartsvereinigung) und Prof. Michel Wensing (Scientific Institute for Quality of Care Research, University of Nijmegen); in Israel: Dr. Margalit Goldfracht (University of Haifa); in Österreich: Dr. Reinhold Glehr (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin), Mag. Alois Alkin, Barbara Hammer und Thomas Lammer (Ärztliches Qualitätszentrum der Ärztekammer Oberösterreich); in Rumänien: Dr. Marius Márginean (National Centre for Studies in Family Medicine); in der Schweiz: Dr. Beat Künzi und Dr. Georg von Below (swisspep – Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen, Bern), Dr. Kurt Hess und Sigrid Hess (EQUAM-Stiftung, Bern); in Slowenien: Dr. Janko Kersnik, Dr. Danica Rotar und Dr. Vlasta Vodopivec (National Centre for Studies in Family Medicine) sowie in der Türkei: Prof. Zekeria Aktürk (Universität Erzurum) und Dr. Nezih Dagdeviren (Universität Erdine).

Der Stiftung Praxissiegel e. V. möchten wir für die Möglichkeit danken, dass teilnehmende Arztpraxen nach definierten und anspruchsvollen Qualitätsstandards zertifiziert werden können. Unser besonderer Dank gilt dem gesamten Team, auch wenn manche von ihnen inzwischen andere Aufgaben übernommen haben: Henrik Brinkmann, Stefanie Hennig, Heike Kusch, Uwe Schwenk, Sigrid Tzyschakoff und Eckhard Volbracht. Dank gilt auch den früheren und jetzigen Vorständen der Stiftung Praxissiegel e. V.: Dr. Stefan Bilger, Prof. Dr. Eckart Fiedler und Dr. Brigitte Mohn.

EPA ist ein lebendes System, das auch durch den Austausch mit anderen Fachgruppen aus der Medizin, mit Psychotherapeuten und Zahnärzten, für die inzwischen eigene EPA-Systeme entwickelt wurden, lernt. Auch ihnen allen sei an dieser Stelle gedankt. Dr. Gerald Willms vom AQUA-Institut möchten wir für das Lektorat des Textes ganz herzlich danken.

epa

QUALITÄTSMANAGEMENT
IN DER ARZTPRAXIS

Informationen zum Qualitätsmanagement mit EPA

epa

QUALITÄTSMANAGEMENT
IN DER ARZTPRAXIS

1/10.2011

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10, 37073 Göttingen
Telefon: 0551-7 89 52 0
Telefax: 0551-7 89 52 112
E-Mail: office@aqua-institut.de
Internet: www.aqua-institut.de

EPA – Qualitätsmanagement gezielt anwenden.

www.epa-qm.de

AQUA-Materialien Bd. 10