

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Förderkennzeichen:	01VSF20029
Akronym:	RESILARE
Projekttitel:	Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen
Autoren:	Martina Köppen, Prof. Dr. Joachim Szecsenyi Nicola Litke, Dr. Regina Poß-Doering, Prof. Dr. Michel Wensing
Förderzeitraum:	1. April 2021 – 31. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	3
II. Abbildungsverzeichnis	3
III. Tabellenverzeichnis	4
1. Zusammenfassung	5
2. Beteiligte Projektpartner	6
3. Projektziele	8
4. Projektdurchführung	8
5. Methodik	10
5.1 Studienphase 1 (Arbeitspakete 1 bis 3).....	10
5.1.1 Literaturrecherche	10
5.1.2 Qualitative Datenerhebung und Auswertung.....	11
5.1.3 Ableitung der Qualitätsindikatoren	11
5.2 Studienphase 2 (Arbeitspakete 4 und 5).....	13
5.2.1 Panelbildung inklusive Bewerbungsverfahren	13
5.2.2 Paneldurchführung	13
5.2.3 Aufbereitung des Qualitätsindikatorsets, Erstellung der Erhebungsinstrumente .	14
5.3 Studienphase 3 (Arbeitspakete 6 und 7).....	15
5.3.1 Rekrutierung der Pilotpraxen.....	15
5.3.2 Schulung der Visitorinnen und Visiten	15
5.3.3 Pilotierung der Qualitätsindikatoren im Rahmen von Visitationen	16
5.3.4 Datenauswertung und Darstellung der Indikatoren-Ergebnisse über Feedbackberichte.....	17
5.3.5 Studiendesign der Prozessevaluation	17
6. Projektergebnisse	20

6.1 Ergebnisse der Studienphase 1 (Arbeitspakete 1 bis 3)	20
6.1.1 Literaturrecherche	20
6.1.2 Qualitative Datenerhebung	21
6.1.3 Ableitung von Qualitätsindikatoren.....	22
6.2 Ergebnisse der Studienphase 2 (Arbeitspakete 4 und 5)	23
6.2.1 Bewerbungsverfahren, Panelbildung und Paneldurchführung	23
6.2.2. Aufbereitung der Qualitätsindikatoren und Erstellung der Erhebungsinstrumente	25
6.3 Ergebnisse der Studienphase 3 (Arbeitspakete 6 und 7)	26
6.3.1 Rekrutierung der Pilotpraxen.....	26
6.3.2 Pilotierung der Indikatoren im Rahmen der Visitationen.....	28
6.3.3 Ergebnisse der Prozessevaluation	35
6.3.4 Finalisierung der Qualitätsindikatoren	42
7. Diskussion der Projektergebnisse.....	42
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	47
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	48
10. Literaturverzeichnis	51
11. Anhang.....	53
12. Anlagen	53

Im aQua-Institut bemühen wir uns, eine gendergerechte Sprache umzusetzen und gleichzeitig die Lesbarkeit der Texte zu gewährleisten. Im Text werden daher möglichst neutrale Formen verwendet. Ist dies nicht möglich, werden an manchen Stellen (z. B. bei direkter Ansprache) die weibliche und männliche Form ausgeschrieben. Darüber hinaus wird weiterhin das generische Maskulinum verwendet. Personenbezeichnungen beziehen sich dann auf alle Geschlechter.

I. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AMED	Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
AP	Arbeitspaket
aQua-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
EPA	Europäisches Praxisassessment (Qualitätsmanagementsystem)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen (Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)
QuE	Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG
QI	Qualitätsindikator
QISA	System von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsystem
RAM	RAND/UCLA Appropriateness Methode
SPS	Stiftung Praxissiegel e. V.
VISOTOOL	Registrierte Webapplikation für Qualitätsmessung und -management für Gesundheitseinrichtungen

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektphasen (zeitlicher Verlauf)	9
Abbildung 2: Arbeitspakete nach Studienphasen	9
Abbildung 3: Ergebnisse der Literaturrecherche	21
Abbildung 4: Einschätzung zum Einsatz der Indikatoren	25
Abbildung 5: Feedback zur Paneldurchführung	25
Abbildung 6: Verteilung der Pilotpraxen	26
Abbildung 7: Organisationsformen (Anteil in %)	27
Abbildung 8: Eingesetzte QM-Systeme (Anteil in %)	28
Abbildung 9: Ausschnitt der Materialien-Eingangsseite	29
Abbildung 10: Wahrgenommene Relevanz der Handlungsfelder	36
Abbildung 11: Wahrgenommene Relevanz aller RESILARE Indikatoren	37

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Konsortial- und Projektpartner	6
Tabelle 2: Beteiligte Fachexpertinnen und Fachexperten	7
Tabelle 3: Erläuterung der Bewertungskriterien.....	14
Tabelle 4: Fragebogen Items und Skalierung	18
Tabelle 5: Handlungsfelder und Indikatoren	23
Tabelle 6: Verteilung der Pilotpraxen (n=34) im Bundesgebiet.....	26
Tabelle 7: Praxismerkmale	27
Tabelle 8: Aggregierte Ergebnisse zu Indikatoren pro Handlungsfeld.....	29
Tabelle 9: Handlungsfelder und Inhalte der Materialienseite	30
Tabelle 10: Häufig genannte Verbesserungs- und Umsetzungsmaßnahmen pro Indikator....	31
Tabelle 11: Indikatoren mit dem meisten Diskussions- und Umsetzungsbedarf (n=8).....	33
Tabelle 12: Charakteristika der Teilnehmenden an der Umfrage.....	35
Tabelle 13: Einschätzung der Visitorinnen und Visatoren	38
Tabelle 14: Selbsteinschätzung der Teilnehmenden zum Umgang mit krisenhaften Situationen	40
Tabelle 15: Zugriffe auf Projektwebsite (von Aug. 2021 bis Ende März 2024).....	48

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Nicht allein durch den Klimawandel und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung steigt das Risiko gesundheitlicher Schäden durch Hitze- oder auch Krankheitswellen, wie beispielsweise durch die COVID-19-Pandemie. Damit Arztpraxen insbesondere vulnerable Patientengruppen schützen können, müssen sie sich auf Krisensituationen wie diese adäquat vorbereiten, um zielgerichtet reagieren zu können. Das praxisinterne Qualitätsmanagement gemäß QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf der Grundlage des §135a Abs. 2 des SGB V bietet dafür möglicherweise einen geeigneten Rahmen. Ziel des Projektes war es daher, geeignete Messgrößen in Form von Qualitätsindikatoren zu erstellen, durch die die Resilienz von ärztlichen Praxen gefördert werden kann.

Methodik

Das Projekt RESILARE nutzte drei Phasen zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Förderung der Resilienz von ärztlichen Praxen gegenüber verschiedenen Krisensituationen. Studienphase 1 zielte darauf ab, mögliche Qualitätsindikatoren basierend auf einer strukturierten Literaturrecherche und einer qualitativen Datenerhebung mittels Interviews und Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten der ambulanten ärztlichen Versorgung zu entwerfen. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden Qualitätsindikatoren erstellt. In Studienphase 2 wurden die entwickelten Indikatoren im Rahmen eines leicht modifizierten, zweistufigen Panelverfahrens der RAND/UCLA Appropriateness Method von Expertinnen und Experten bewertet und ein finales Indikatorset gewürdigt. Die Pilotierung der Indikatoren wurde in Studienphase 3 in all-gemeinärztlichen Praxen durchgeführt und umfasste eine Praxisvisitation und einen zweiteiligen Feedbackbericht mit Benchmark, sowie eine begleitende Prozessevaluation, in deren Rahmen zwei schriftliche Befragungen und Interviews mit den teilnehmenden Praxen durchgeführt wurden.

Ergebnisse

Die aus Studienphase 1 abgeleiteten 36 Qualitätsindikatoren erstreckten sich über die vier Handlungsfelder „Individuelle Resilienz“, „Krisenprävention“, „Praxisorganisation“ und „Klimaresilienz“. Im Rahmen des Panelverfahrens in Studienphase 2 wurden 32 Qualitätsindikatoren final gewürdigt und in die Pilotierung in Studienphase 3 eingeschlossen.

Die an der Pilotierung und Prozessevaluation teilnehmenden Praxisteams (n=34) hielten die RESILARE-Indikatoren für relevant, anwendbar und geeignet für eine Umsetzung im Kontext des verpflichtenden Qualitätsmanagements in primärversorgenden Praxen. Aspekte der individuellen und organisatorischen Resilienz sowie der Krisenprävention wurden als dringlicher gesehen als der Aufbau von Klimaresilienz. Die Visitation und der begleitende Feedbackbericht wurden für die Pilotierung als angemessen und die investierte Zeit als sinnvoll hinsichtlich Status quo, Reflexion, Planung und Umsetzung notwendiger Maßnahmen eingeschätzt.

Diskussion

Das RESILARE Indikatorset könnte zur systematischen Stärkung von Krisenresilienz in Primärversorgungspraxen sowie zu einer hohen Versorgungsqualität bei Störungen beitragen. Bei einer Implementierung in Qualitätsmanagementprogramme sollten identifizierte potenzielle Herausforderungen primärärztlicher Praxen berücksichtigt werden. Um eine langfristig wirksame und nachhaltige Umsetzung zu erreichen, ist ein sukzessives Vorgehen zu empfehlen.

2. Beteiligte Projektpartner

In der nachfolgenden Tabelle 1 folgt eine Auflistung aller Konsortialpartner, eine Benennung verantwortlicher Personen (Ansprechpartner unterstrichen) sowie die Verantwortungsbereiche bei der Projektdurchführung inklusive der entsprechenden Arbeitspakete (AP).

Tabelle 1: Beteiligte Konsortial- und Projektpartner

Institution	Person(en)/Ansprechpartner	Verantwortlichkeit/Rolle/AP
aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Konsortialführung)	<u>Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi</u>	Konsortialführung, Projektleitung, Moderation: der Fokusgruppen, der Panel, Workshops, Debriefing
	Dipl. Kfm. Björn Broge	Projektmanagement
	Martina Köppen	Koordination, Organisation des Panels, Rekrutierung, Expertise Qualitätsmanagement, Durchführung Pilotierung in Arztpraxen, Visitationen, Berichte, Publikationen, Website
	Stephanie Kümmel (von 05/2021 bis 03/2023)	Verantwortung und Durchführung der methodischen Indikatorentwicklung, Literaturrecherche
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg (Konsortialpartner)	<u>Prof. Dr. Michel Wensing</u>	Methodische Expertise, Versorgungsforschung
	Nicola Litke (04/2021 bis 02/2022, 10/2022 bis 04/2023 (geringfügig) und 05/2023 bis 09/2023)	Bildung des Projektbeirates, Fokusgruppen, Durchführung Primärdatenerhebung, Literaturrecherche, Publikationen
	Dr. sc. hum. Aline Weis (02/2022 bis 10/2022)	Indikatorentwicklung, Publikation
	Dr. sc. hum. Regina Poß-Doering (01/2023 bis 1/2024)	Durchführung der Prozessevaluation, Teilnahme an Kongressen (Projektmarketing) Berichte, Publikationen
	Dr. Jan Koetsenruijter (11/2022 bis 10/2023)	Literatursichtung, Prozessevaluation, Publikation
Stiftung Praxissiegel e. V. (Kooperationspartner ohne Förderung)	Dr. med. Armin Mainz (von 04/2021 bis 03/2022)	Expertise Qualitätsmanagement in Arztpraxen, Zertifizierung
	Dr. med. Ute Schnell	Expertise Qualitätsmanagement in Arztpraxen, Zertifizierung
Gesundheitsnetz QuE eG Nürnberg (Unterauftragnehmer)	Dr. med. Veit Wambach	Expertise Praxisnetze, Rekrutierung Studienteilnehmer und Experten
Medizinisches Versorgungszentrum Dachau (Unterauftragnehmer)	Maren Leidecker	Expertise Patientenversorgung, Rekrutierung Studienteilnehmende und Experten
	Dr. med. Karl Wilhelm	

Die in Tabelle 2 aufgeführten Personen bildeten unter anderem den Projektbeirat, weitere Personen standen als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für spezifische Fragestellungen zur Verfügung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Panels sind ausgewiesen.

Tabelle 2: Beteiligte Fachexpertinnen und Fachexperten

Institution	Person (en)	Beruf/Rolle
Gesundheitsnetz QuE eG, Nürnberg	Dr. med. Dirk Altrichter	Facharzt für Allgemeinmedizin, Teilnehmer im Projektbeirat/Panelverfahren
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe Universität, Frankfurt am Main	Dr. med. Catriona Friedmacher	Ärztin, wissenschaftliche Mitarbeiterin Qualitätsförderung und Versorgungsepidemiologie, Fachexpertise/Beratung
Arbeitskreis Plastik und Nachhaltigkeit in der Dermatologie	Dr. med. Christina Hecker	Fachärztin für Dermatologie, Teilnehmerin im Projektbeirat/Panelverfahren
Lutrina Klinik Kaiserslautern	Saskia Heintl	MFA, Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung, Praxismanagerin, Teilnehmerin im Projektbeirat/Panelverfahren
Institute of Global Health, Heidelberg	Dr. med. Alina Herrmann	Ärztin, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Teilnehmerin im Projektbeirat/Panelverfahren
MVZ Dachau Verbund	Maren Leidecker, B.A.	Betriebswirtin, Teilnehmerin im Projektbeirat/Panelverfahren
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe Universität, Frankfurt am Main	Dr. rer. med. Dorothea Lemke	Wissenschaftliche Mitarbeiterin Qualitätsförderung und Versorgungsepidemiologie, Fachexpertise/Beratung
Gesundheitsnetz QuE eG, Nürnberg	Jörg Lindenthal, MBA	Leitung Netzmanagement, Teilnehmer im Projektbeirat/ Panelverfahren
Gesundheitsnetz QuE eG, Nürnberg	Dr. med. Andreas Lipécz	Facharzt für Innere Medizin, Teilnehmer im Projektbeirat/Panelverfahren
Gesundheitsnetz QuE eG, Nürnberg	Dr. med. Ulrich Pechstein	Facharzt für Neurochirurgie, QM-Fachexperte, Teilnehmer im Projektbeirat/Panelverfahren
MVZ Dachau Verbund	Simone Schmidt	Dipl. Sozialpädagogin, Master of Ethical Management, Teilnehmerin im Projektbeirat/Panelverfahren
Gesundheitspraxis Georgstraße Verden/ Universität Bremen	Priv. Doz. Dr. med. Guido Schmiemann	Facharzt für Allgemeinmedizin, DEGAM-Qualitätsförderung, Teilnehmer im Projektbeirat/Panelverfahren
Stiftung Praxissiegel e. V., Berlin	Dr. med. Ute Schnell	Fachärztin für Allgemeinmedizin, EPA-Visitorin, Teilnehmerin im Projektbeirat/Panelverfahren
Universitätsklinikum Heidelberg	Dr. med. Sandra Stengel	Fachärztin für Allgemeinmedizin, Fachexpertise/Beratung
Gesundheitsnetz QuE eG, Nürnberg	Dr. med. Veit Wambach	Facharzt für Allgemeinmedizin, Teilnehmer im Projektbeirat/Panelverfahren

Institution	Person (en)	Beruf/Rolle
Praxis Dr. med. Blank im Bayerwald	Petra Weinmann	MFA, EPA-Visitorin, QM-Expertise, Teilnehmerin im Projektbeirat/Panelverfahren
MVZ Dachau Verbund	Dr. med. Karl Wilhelm	Arzt, Leitung MVZ, Teilnehmer im Projektbeirat/Panelverfahren
MVZ Dachau Verbund	Dr. med. Frederic William	Facharzt für Innere Medizin, Teilnehmer im Projektbeirat/Panelverfahren

3. Projektziele

Ziel des Projektes RESILARE war die Entwicklung und Evaluation von Qualitätsindikatoren und Kriterien zur Unterstützung der Krisenresilienz von Arztpraxen. Das zu entwickelnde Indikatorset sollte die Vorbereitung auf potenzielle Krisensituationen unterstützen.

Zunächst sollten Ansatzpunkte in der ambulanten Gesundheitsversorgung zur Verbesserung der Prävention und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit z. B. hitzebedingten Gesundheitsschäden und in Deutschland untypischen (z. B. Dengue) bzw. neuartigen (z. B. COVID-19) Infektionskrankheiten sowie weiteren klimabedingten Gesundheitsschäden identifiziert werden. Anschließend sollten darauf basierend zunächst Indikatoren abgeleitet werden, die die Qualität der Patientenversorgung in solchen Krisensituationen messen. Diese Indikatoren sollten dann durch Expertinnen und Experten bewertet und im Rahmen eines Konsensverfahrens ein Indikatorset ausgewählt werden.

Dieses Set sollte zum einen Qualitätsindikatoren zur Durchführung eines Selbstassessments in Gesundheitseinrichtungen enthalten, sowie zum anderen Indikatoren zur externen Qualitätssicherung durch etablierte Qualitätsmanagementsysteme (zum Beispiel EPA, QEP, u. a.). Diese Indikatoren sollten abschließend in Hausarztpraxen pilotiert und evaluiert werden.

Sekundäre Ziele des Projektes umfassten die Sensibilisierung von Arztpraxen zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels, sowie die Rollenfindung von vor allem Hausärztinnen und Hausärzten zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Prävention von gesundheitlichen Folgen des Klimawandels. Durch das Projekt RESILARE sollten zudem gleichzeitig Barrieren und Förderfaktoren zur Implementierung von Qualitätsindikatoren zur Krisenresilienz in das praxisinterne QM erfasst werden.

4. Projektdurchführung

Projektvorbereitende und -übergreifende Aufgaben

Die formalen Voraussetzungen für die Durchführung des Projektes wurden entsprechend der Vorgaben erledigt. Dazu zählt das Abschließen von diversen Verträgen wie z. B. zum Datenschutz, Verträge mit dem Konsortialpartner und mit drei weiteren beteiligten Partnern (siehe Tabelle 1). Die benötigten Ethik-Voten wurden eingeholt, der Publikationsplan wurde erstellt und der Projektbeirat wurde konstituiert. Das erste Projektbeiratstreffen erfolgte am 15.03.2021 und das letzte von insgesamt fünf Projektbeiratstreffen fand am 08.12.2023 statt. Begleitend wurde eine eigene Projektwebsite aufgebaut. www.aqua-institut.de/resilare

Kurze Darstellung der Arbeitspakete in den Studienphasen

Die Umsetzung des wissenschaftlichen Projekts wurde in drei Studienphasen durchgeführt, diese gliederten sich in sieben Arbeitspakete (AP).



Abbildung 1: Projektphasen (zeitlicher Verlauf)

Arbeitspakete		
Studienphase 1	AP 1	Literaturrecherche
	AP 2	Qualitative Datenerhebung (Fokusgruppen und Interviews) und Auswertung
	AP 3	Ableitung der Qualitätsindikatoren
Studienphase 2	AP 4	Panelverfahren: Bewerbungsverfahren und Paneldurchführung
	AP 5	Aufbereitung des Qualitätsindikatorensatzes, Erstellung der Erhebungsinstrumente
Studienphase 3	AP 6	Pilotierung: Rekrutierung, Visitorenschulung, Visitationen, Feedbackberichte
	AP 7	Prozessevaluation und Finalisierung des Qualitätsindikatorensatzes
Ergebnisse und Bericht		

Abbildung 2: Arbeitspakete nach Studienphasen

Die Studienphase 1 umfasste die systematische Literaturrecherche (AP 1) mit analogem Vorgehen eines Scoping Reviews. Diese basierte auf der Erstellung einer Suchstrategie, der Identifikation von Suchbegriffen, Datenbanken und der Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien. Die Suche wurde anhand von vorher definierten Suchbegriffen ab dem 01.04.2021 durchgeführt und die Suchergebnisse zunächst nach Titel und Abstract und anschließend anhand des Volltextes eingeordnet und aus- bzw. eingeschlossen.

Im Rahmen der qualitativen Datenerhebung (AP 2), welche über Fokusgruppen und Interviews (Teilnehmende n=40) erfolgte, konnten weitere Erkenntnisse gewonnen werden, die in der Literaturrecherche berücksichtigt wurden. Ein positives Ethikvotum bildete den rechtlichen Rahmen. Die Beteiligung von Teilnehmenden der Fokusgruppen und Interviews erfuhr eine recht hohe Resonanz.

Aufbauend auf den Ergebnissen konnten die Qualitätsindikatoren abgeleitet werden (AP 3). Das Indikatorengrundgerüst wurde zunächst aus dem Datenmaterial erstellt, dann mit den Inhalten der Artikel des Scoping Reviews abgeglichen, sowie mit Literatur aus spezifischen und erweiternden Literaturrecherchen trianguliert. Es ergaben sich Aspekte zu den drei Themenfeldern: Aspekte zur übergreifenden Krisenresilienz, Anpassungen an gesundheitliche Herausforderungen des Klimawandels sowie Maßnahmen zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks von Arztpraxen. Das Indikatormaterial wurde kategorisiert und anhand von

Unterthemen wie Teamresilienz, Patientenkommunikation, Awareness, Klimawandel und Mitigation systematisch sortiert und geclustert. So ergab sich ein pragmatischer Ansatz von vier Handlungsfeldern, die im Zusammenhang mit Krisensituationen und Krisenresilienz in ärztlichen Praxen zu sehen sind: Krisenresilienz (individuelle Resilienz), Prävention, Praxisorganisation (organisationale Resilienz) und Resilienz gegenüber dem Klimawandel (Klimaresilienz). Diesen vier Feldern konnten thematisch 36 Indikatoren zugeordnet werden, die im Weiteren operationalisiert wurden.

Die Studienphase 2 startete zunächst mit einem Bewerbungsverfahren, um Fachexpertinnen und Fachexperten für die multidisziplinäre Paneldurchführung zu gewinnen. Eine ausreichende Anzahl an Teilnehmenden (n=15) stand nach Abschluss der Bewerbungsphase für Panelverfahren, welches in Anlehnung an die RAND/UCLA Methode (RAM) (Fitch et al., 2001) erfolgte, zur Verfügung (AP 4). Im Rahmen des zweistufigen Panelverfahrens erfolgte die Bewertung der Indikatoren nach Relevanz, Klarheit/Verständlichkeit und nach Praktikabilität. Nach Abschluss des Verfahrens wurde ein zu pilotierendes Qualitätsindikatorenset mit n=32 Indikatoren inklusive Zielstellung von insgesamt 47 Items (Fragestellung) priorisiert.

Die Indikatoren wurden in das VISOTOOL® (www.aqua-institut.de/visotool), ein bestehendes Portal zur Unterstützung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in medizinischen Einrichtungen, integriert (AP 5). Parallel erfolgte die Rekrutierung von hausärztlich tätigen Facharztpraxen (n=35). Das Rekrutierungsziel konnte erreicht werden, sodass mit der Pilotierung des Indikatorsets begonnen werden konnte. Ein ausgewählter Kreis von externen Fachexpertinnen und Experten aus dem Visorenpool des Europäischen Praxisassessments (www.aqua-institut.de/epa-qualitaetsmanagement) begleiteten den Pilotierungsprozess in Form von Visitationen (Vor-Ort-Besuche, wahlweise per Online-Meeting) (AP 6). Projektspezifische Erhebungsinstrumente dienten der Datenermittlung und der Auswertung. Die Praxen konnten anhand von moderierten Teambesprechungen und durch Feedbackberichte Verbesserungspotenziale für ihre Praxis erkennen.

Der Pilotierungsphase schloss sich eine umfassende Prozessevaluation an (AP 7).

Eine Prozessevaluation untersucht die Akzeptanz von Interventionskomponenten, Wirkungsmechanismen und Kontextfaktoren, um die Funktionsweise einer Intervention zu verstehen (Moore et al., 2015). Die Prozessevaluation in RESILARE wurde als Mixed-Methods Beobachtungsstudie konzipiert, die mit einem Praxisbesuch (Visitation) und sich anschließendem Feedbackbericht in Primärversorgungspraxen verbunden war. In einem konvergent-parallelen Design wurden dazu eine quantitative Erhebungsstudie und eine qualitative Studie mit zwei Online-Fragebögen, semistrukturierten Interviews und einem Feedback-Formular für die Visitorinnen und Visatoren durchgeführt. Der Methodenmix wurde gewählt, um Anwendbarkeit und Relevanz der entwickelten Indikatoren zu bewerten und entscheidende organisatorische und individuelle Faktoren identifizieren zu können, die sich auf eine potenzielle Implementierung in das Qualitätsmanagement von Praxen auswirken.

5. Methodik

5.1 Studienphase 1 (Arbeitspakete 1 bis 3)

Die Studienphase 1 umfasste die vorbereiteten Aufgaben, wie systematische Literaturrecherche und die qualitative Datenerhebung inklusive ihrer Auswertung. Daraus folgten die Ableitung und der Aufbau des Indikatorregisters.

5.1.1 Literaturrecherche

Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche wurde zunächst eine orientierende Recherche durchgeführt, auf deren Basis Fragestellungen und die spezifische Suchstrategie (siehe Anhang 1 unter Punkt 11) definiert wurden. Anhand dieser wurde eine systematische

Literaturrecherche in Anlehnung an ein Scoping Review durchgeführt. Hierbei wurde in verschiedenen Datenbanken wie PubMed oder CINAHL gesucht. Die identifizierten Artikel wurden anschließend auf Doppelungen geprüft, diese bereinigt und in ein Literaturverwaltungsprogramm (Rayyan.ai) eingepflegt. Mit Hilfe des Verwaltungsprogramms wurde zunächst ein Screening von Titel und Abstracts durchgeführt und Artikel anhand von zuvor definierten Kriterien ein- bzw. ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden unter anderem Primärstudien, systematische Reviews, oder auch theoretische Modelle und Erhebungsinstrumente, die nach 1972 veröffentlicht wurden. Ausgeschlossen wurden Kommentare und Einzelmeinungen, Blogbeiträge, sowie Artikel, die sich auf Patientenebene oder Ebene der Public Health beziehen, statt auf Ebene der ärztlichen Praxen. Zu den eingeschlossenen Artikeln wurden dann die Volltexte gesucht, diese gescreent und dabei erneut über Ein- bzw. Ausschluss entschieden.

Die final eingeschlossenen Artikel wurden inhaltlich analysiert und im weiteren Projektverlauf zunächst zur Erstellung der Erhebungsmethoden der qualitativen Datenerhebung und hauptsächlich zur Ableitung der Qualitätsindikatoren herangezogen. Die Recherche wurde wie geplant im Verlauf des Projektes um weitere, spezifische Fragestellungen erweitert und lief begleitend auch in Studienphase 2 weiter.

5.1.2 Qualitative Datenerhebung und Auswertung

Aufbauend auf die durchgeführte Literaturrecherche wurden zunächst die Studienmaterialien wie Informationsschriften, ein Studienprotokoll, sowie Kurzfragebögen zur Soziodemografie und Leitfäden zur Datenerhebung (siehe Anhang 2 unter Punkt 11) erstellt. Die qualitative Datenerhebung umfasste Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten der ambulanten Gesundheitsversorgung. Hierbei wurden Mitarbeitende in ärztlichen Praxen, Wissenschaft und Gesundheitspolitik angefragt, die Erfahrungen mit ambulanter ärztlicher Versorgung, Qualitätsmanagement und Krisenresilienz aufwiesen. Die Rekrutierung dieser Expertinnen und Experten erfolgte per E-Mail, Telefon oder persönlich über Netzwerke des Projektkonsortiums, des Projektbeirats, sowie über Newsletter des Europäischen Praxisassessments (EPA).

Der Leitfaden enthielt offene Fragen zu den Themengebieten der organisationalen Resilienz in ärztlichen Praxen, empfundenen und erlebten Krisen in Praxen, Erfahrungen und Einstellungen zu Maßnahmen der Klimaanpassung, sowie zu Erfahrungen und Einstellungen mit Maßnahmen zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks von ärztlichen Praxen.

Die Einzelinterviews wurden per Telefon durchgeführt und audioaufgezeichnet. Fokusgruppen wurden durchgeführt, wenn eine Praxis oder ein Netzwerk mit mehreren Personen teilnehmen wollte. Diese wurden online über ein datengeschütztes Konferenztool durchgeführt und video- und audioaufgezeichnet. Weiterhin wurden handschriftliche Notizen angefertigt. Die Audio- und Videoaufnahmen wurden anschließend pseudonymisiert und verbatim mit dem Programm F4 transkribiert.

Die Analyse der qualitativen Daten erfolgte zunächst induktiv anhand einer Rapid Qualitative Analysis (Nevedal et al., 2021). Mit Hilfe der identifizierten inhaltlichen Aspekte wurde daraufhin eine vertiefende qualitative Inhaltsanalyse nach der Thematic Analysis nach Braun und Clarke (Braun & Clarke, 2006) durchgeführt, die induktives und deduktives Vorgehen umfasste. Die Analysen wurden im Programm MAXQDA (www.maxqda.com/de) in den Versionen 18 und 20 durchgeführt.

5.1.3 Ableitung der Qualitätsindikatoren

Das Indikatorenmaterial (siehe Anhang 3 unter Punkt 11) wurde auf Grundlage der Vorarbeiten von AMED wie Literaturrecherchen, Experteninterviews und Scoping Review abgeleitet. Es wurde kategorisiert und anhand von Unterthemen wie Teamresilienz, Patientenkommunikation, Awareness, Klimawandel und Mitigation systematisch sortiert und geclustert. Eine wichtige Rolle dabei spielte der Zusammenhang der Themen im Kontext des Praxisalltags

sowie in der Interaktion der beteiligten Stakeholder. Des Weiteren sollte parallel berücksichtigt werden, wie im späteren Verlauf die technische Umsetzung, verständliche Informationen für die Praxisteams und die Auswertung erfolgen kann.

Dadurch ergab sich ein pragmatischer Ansatz von vier Handlungsfelder, die im Zusammenhang mit Krisensituationen und Krisenresilienz in ärztlichen Praxen zu sehen sind. Das erste Handlungsfeld „(Krisen-)resilienz“ zielte darauf ab, die individuelle Resilienz der einzelnen Person und des Praxisteams zu stärken. Das zweite Handlungsfeld „Prävention“ verfolgte im Wesentlichen das Ziel die Perspektive der Patientinnen und Patienten mit einzubeziehen. Im Handlungsfeld „Praxisorganisation“ wurden die Themen aufgegriffen, die sich mit der organisationalen Resilienz beschäftigen und darüber hinaus weitere an der Versorgung beteiligte Personen mit einbeziehen. Das letzte Handlungsfeld als weiteres Themengebiet beschäftigte sich erstmals mit dem Klimawandel und in welchem Maße sich Praxen damit beschäftigen können. Es wurde zunächst als Resilienz gegenüber dem Klimawandel betitelt. Die Einordnung der zu entwickelnden Indikatoren erfolgte zur besseren Handhabung und Übersicht für den weiteren Projektverlauf in farblich kodierten Handlungsfeldern (siehe Tabelle 5), sodass z. B. in der späteren Paneldiskussion eine leichtere Auffindbarkeit gegeben war. Diesen vier Handlungsfeldern konnten thematisch 36 Indikatoren zugeordnet werden, die im Weiteren operationalisiert wurden.

Dazu wurde ein Indikatordatenblatt herangezogen, welches im aQua-Institut bereits in zahlreichen Projekten (z. B. im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung, in ähnlicher Form bei QISA (Szecsenyi et al., 2009) und insbesondere für das EPA-Qualitätsmanagement) eingesetzt wurde und wird. Das Indikatordatenblatt wurde für den Projektauftrag leicht modifiziert (siehe Anhang 4 unter Punkt 11), es enthält nachstehende Merkmale:

- Kurzname (Arbeitstitel), Indikator-ID (Ifd. Nr.), Indikatorname (lang),
- Kommentarfeld (für das Panel),
- Qualitätsziel (nach dem SMART-Prinzip (Drucker, 1977)),
- Begründung (Rationale)/Indikatorbeschreibung
- Indikatortyp (Ergebnis-, Struktur-, oder Prozessqualität (Donabedian, 1966))
- Qualitätsdimension bzw. Handlungsfeld (z. techn. Umsetzung),
- Erhebungsinstrument (Einsortierung zu befragende Person/Funktion),
- Items (zu klärende Fragestellungen),
- Skala (Auswertung), Headline/Instruction (techn. und nähere Erläuterung/Beispiele),
- Anmerkungen/Hinweise für Visitor/-in,
- Originalformulierung (gibt es den Indikator bereits?)/Literatur (Quellen)

Bei der Entwicklung und Formulierung der Indikatoren wurde die RUMBA-Regel (Wilson & Saunders, 1988) angewendet: Das Synonym bedeutet: Relevant, Understandable, Measurable, Behaviorable, Achievable (relevant, verständlich, messbar, verhaltensverändernd/motivierend und erreichbar). Es wurden die Kriterien des aQua-Methodenpapiers 2015 ([Allgemeine Methoden, aqua-institut.de](http://AllgemeineMethoden.aqua-institut.de)) beachtet und leicht angepasst, sodass folgende Kriterien dabei maßgeblich waren:

Ein „guter“ Indikator sollte:

- (medizinisch) relevant, klar formuliert und praktisch, d.h. unter Alltagsbedingungen und im gegebenen (versorgungspolitischen) Rahmen umsetzbar sein.
- für alle Stakeholder verständlich sein, insofern soll der Fokus auf eine einfache (laienverständliche) Sprache gelegt werden.
- aussagekräftig sein, d. h. er (ist ggf. risikoadjustiert), verfügt über gute Messeigenschaften.
- die Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen (Benchmarking) herstellen und sich ggf. zur öffentlichen Berichterstattung eignen (z. B. Zertifikat).

- gendergerecht formuliert sein

Bei der Fragestellung (Item) des Indikators, wurde darauf geachtet, dass diese genau dem Indikatortext entspricht, um Abweichungen hinsichtlich Klarheit und Verständlichkeit des Indikators zu vermeiden.

5.2 Studienphase 2 (Arbeitspakete 4 und 5)

In der zweiten Studienphase wurden das Panelverfahren vorbereitet und durchgeführt. Das Qualitätsindikatorenset für die Pilotierung vorbereitet und es wurden die Erhebungsinstrumente erstellt.

5.2.1 Panelbildung inklusive Bewerbungsverfahren

Zur Bildung des multidisziplinären Panels wurden 15 geeignete Fachexpertinnen und Fachexperten gesucht. Die Suche erfolgte über ein Bewerbungsverfahren. Im Rahmen der Projektbeiratssitzung erfolgte ein Aufruf, außerdem wurde über weitere Kanäle (persönliche Ansprache, projekteigene Website) rekrutiert. Die Konsortialführung entschied gemeinsam mit dem Konsortialpartner über die Interessenten. Alle Bewerberinnen und Bewerber entsprachen den erforderlichen Kriterien und wurden eingeladen.

5.2.2 Paneldurchführung

Im Rahmen des Panelverfahrens sollten die entwickelten Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz und Praktikabilität bewertet werden. In methodischer Hinsicht erfolgte die Bewertung in Anlehnung an die sogenannte RAND/UCLA-Methode (Fitch et al., 2001), die für diesen Projektkontext und die Projektziele spezifisch angepasst wurde. Wichtige Elemente waren:

- Auftaktveranstaltung mit dem Projektteam und den ausgewählten Panelteilnehmenden zur Vorstellung des Projektes und des methodischen Vorgehens sowie der Indikatoren
- drei schriftlich abzugebende Bewertungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Bewertungsprozesses. Die schriftlichen Bewertungen teilen sich in drei individuelle Bewertungsrunden:
 - Relevanz/Klarheit und Verständlichkeit
 - Relevanz/Klarheit und Verständlichkeit (nach Diskussion/ggf. Neu-Formulierung)
 - Praktikabilität

Die Bewertungsrunden bestanden aus zwei Online-Bewertungen (Runde 1 vom 19.05. bis 03.06.2022 und Runde 3 vom 30.06. bis 20.07.2022) und einer Bewertung nach Gruppendiskussion (siehe Anhang 5 Punkt 11) vor Ort (Runde 2 am 22.06.2022). Das Bewertungsergebnis jedes Panelteilnehmenden hatte gleiches Gewicht.

Die Bewertungen zur „Relevanz“ und „Praktikabilität“ erfolgten auf einer Skala von 1 bis 9:

- 1 = überhaupt nicht relevant,
- 9 = sehr relevant bzw.
- 1 = überhaupt nicht praktikabel / umsetzbar,
- 9 = sehr praktikabel / umsetzbar

Die Bewertungen zu „Klarheit und Verständlichkeit“ erfolgen mit der binären „Ja/Nein“ Antwortskala.

Auswertungen

Die rechnerische Auswertung der erfolgten Bewertungen folgte den formalen Vorgaben der Originalmethode. Es wird der Median als Lagemaß der Verteilung der Bewertungen genutzt (beispielhaft für Relevanz):

- Median in [7–9]: relevant
- Median in [4–6]: fraglich relevant
- Median in [1–3]: nicht relevant

Nur als relevant konsentierende Indikatoren wurden auch hinsichtlich ihrer Praktikabilität bewertet. Konsens darüber, dass der Indikator relevant ist, liegt vor, wenn mindestens 75 % der Bewertungen den Median [7–9] aufweisen (dies entspricht bei 15 Teilnehmern = 11,25). Mit den Bewertungen der Praktikabilität wurde identisch verfahren. In das finale Indikatorset wurden nur Indikatoren aufgenommen, die im Konsens als praktikabel bewertet wurden.

Folgende Kriterien bestimmten die Bewertungen und wurden zur Beurteilung herangezogen:

Tabelle 3: Erläuterung der Bewertungskriterien

Relevanz
Die Relevanz ist eine globale Einschätzung und Beurteilung zur Bedeutung des Indikators. Grundsätzlich ist ein Indikator umso relevanter: • je stärker die Evidenz dafür ist, dass der Indikator einem kausalen Zusammenhang mit dem gewünschten Outcome steht, • je stärker seine Bedeutung für eine RESILIENZ (Maßnahme) ist, • je effektiver bzw. angemessener er ist • je stärker sein Nutzen für die Arztpraxis ist
Klarheit und Verständlichkeit
Als klar und verständlich gilt: • je eindeutiger, unmissverständlicher und reproduzierbar ein Indikator ist • wenn die Formulierung überregional gültig ist • die Formulierung institutionsunabhängig ist
Praktikabilität
Die Praktikabilität berücksichtigt: • die Angemessenheit des Indikators mit hohem Praxisbezug, • die Angemessenheit des Zeitaufwands, der zur Erhebung der geforderten QM-Prozesse inkl. Dokumentationsaufwand notwendig wird, • wenn die Überprüfbarkeit des Indikators gegeben ist • wenn Qualitätsziele erreicht werden können (Plan-Do-Check-Act; Deming 1986, möglich/geeignet), • Möglichkeit der Vergleichbarkeit mit anderen Praxen (Benchmark) gegeben ist

5.2.3 Aufbereitung des Qualitätsindikatorsets, Erstellung der Erhebungsinstrumente

Um die Aussagekraft zur Anwendbarkeit der Indikatoren zu gewährleisten, wurde der mehrperspektivische Ansatz gewählt und das Indikatorset in drei Erhebungsinstrumente aufgeteilt. Durch das etablierte Verfahren, in Anlehnung an die EPA-QM-Assessments (www.aqua-institut.de/epa-qm), wird nicht nur die Perspektive der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sowie ggf. einer weiteren verantwortlichen ärztlichen Person betrachtet, sondern es wird auch die Sicht der angestellten nichtärztlichen Mitarbeitenden mitberücksichtigt. Welcher Indikator bzw. welches

Item von welcher Person in welcher Funktion beantwortet werden sollte, wurde nach Zugehörigkeit zum jeweiligen Thema (Aufgabenbereich, Organisation, Verantwortung) entschieden. Gleichwohl sollten die Items pro Fragebogen einen ähnlichen Umfang bzw. eine ähnliche Anzahl an Fragen aufweisen und jeder Befragte sollte bestmöglich alle Dimensionen der vier Handlungsfelder kennenlernen.

Für die geplanten Visitationen wurden die folgenden Erhebungsinstrumente (siehe Anhänge 6 bis 8 unter Punkt 11) erstellt:

1. Selbstassessment als Fragebogen für die Praxisinhaberin bzw. den Praxisinhaber; n=12 (General practitioners instrument: GPI)
2. Checkliste nichtärztliche Teilnehmende; n=18, (Observation checklist: OC)
3. Frageliste/Leitfaden für das Gespräch für die hauptverantwortliche Ärztin/Arzt; n=17 (Observation interview: OI)

Um von den Praxen möglichst eindeutige Antworten über diese Instrumente und somit ein aussagekräftiges Indikatorergebnis zu erhalten, wurde zur Beantwortung der Fragen die binäre Variable mit den Ausprägungen „ja/nein“ verwendet. Bei fünf Fragen konnte zusätzlich die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend“ angegeben werden, da eine Abhängigkeit zu vorherigen Items bestand, beispielsweise wenn nach einem Krisenplan gefragt wurde und die Praxis verneinte, konnte in dem folgenden Indikator, der danach fragt, ob die Mitarbeitenden diesen Plan kennen, folglich nur mit „nicht zutreffend“ geantwortet werden. In der Datenanalyse wurden diese Antworten anschließend aus der Statistik herausgefiltert, sodass für das prozentuale Ergebnis und Benchmarking kein verzerrtes Ergebnis entstand. Somit konnte der tatsächliche IST-Zustand der Praxis abgebildet werden, was im Rahmen des Qualitätsmanagements gängige Methode ist. Zu einigen Indikatoren wurden zum besseren Verständnis kurze, textliche Erläuterungen in Form von Beispielen gegeben insbesondere im Hinblick auf neue Themen, die in Praxen bisher keine Beachtung fanden (z. B. Resilienztraining).

Die drei Instrumente wurden zunächst in MS-Word entworfen. Auf dieser Grundlage wurden sie in ein technisches Format HL7-FHIR Questionnaire (www.hl7.org/fhir) überführt, was die Dokumentation und Anzeige der Instrumente im On-line-Portal ermöglichte. Die in Papierform vorliegenden Selbstassessmentbögen wurden transferiert, sodass sie mit der Scansoftware Teleform (www.electricpaper.de/teleform) aus-gelesen und in das VISOTOOL® überführt werden konnten. Die zur Visitation verwendeten Erhebungsinstrumente „Checkliste“ und „Fragebogen als Gesprächsleitfaden“ konnten direkt vom Visitor oder der Visitorin digital im VISOTOOL® gemäß den Angaben der Teilnehmenden ausgefüllt werden. Für das Projekt RESILARE wurde das eingesetzte Tool entsprechend konfiguriert und das Indikatorset integriert. Die Auswertung der erhobenen Daten zu den Indikatoren, die im Rahmen der Visitation generiert wurden, erfolgte später auf Basis der flexiblen statistischen Programmiersprache R (www.r-project.org) Version 4.2.1. Die prozentualen Erfüllungsgrade pro Indikator, Thema und Handlungsfeld konnten somit später im Online-Portal VISOTOOL® direkt pro pseudonymisierter Pilotpraxis und nach erfolgter Visitation dargestellt werden. Zusätzlich konnten die Ergebnisse später dem Feedbackbericht (Teil 2) in PDF-Datei (siehe Anhang 10 unter Punkt 11) entnommen werden.

5.3 Studienphase 3 (Arbeitspakete 6 und 7)

In der dritten Studienphase wurden die teilnehmenden Praxen rekrutiert, Visitorinnen und Visitoren geschult, die entwickelten Indikatoren pilotiert (aQua) und eine Prozessevaluation durchgeführt (AMED).

5.3.1 Rekrutierung der Pilotpraxen

Die Praxen wurden per Telefon, E-Mail, Newsletter, über die Website oder persönlich eingeladen. Berücksichtigt wurden hausärztlich tätige Praxen unterschiedlicher Größe und Organisationsform (Einzel-, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Berufsausübungsgemeinschaften, zum Teil organisiert über ein Arztnetz) und in unterschiedlichen Umsetzungsstadien des Qualitätsmanagements (von der Einführung bis hin zur mehrfachen Re-Zertifizierung) aus dem Bundesgebiet Deutschland. Die Teilnahme war pro Praxis für eine Allgemeinmedizinerin oder einen Allgemeinmediziner und eine nichtärztliche medizinische Fachkraft (MFA) vorgesehen. Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Erprobung der Qualitätsindikatoren einverstanden erklärten, benannten nach Einholung der entsprechenden Zustimmung eine MFA in ihrer Praxis.

5.3.2 Schulung der Visitorinnen und Visitoren

In Vorbereitung zur Anwendung der Qualitätsindikatoren erfolgten zwei Schulungen für die Visitorinnen und Visitoren an zwei Terminen mit ca. jeweils zwei Zeitstunden.

Die erste Schulung durch das aQua-Institut fand am 11.11.2022 statt. In dieser Sitzung wurden der Hintergrund und die Ziele des Projektes inkl. der Projektphasen sowie Formalia wie Zeitrahmen und Vergütung vorgestellt. Im Weiteren wurden die Handlungsfelder, das Indikatorset, die Erhebungsinstrumente und deren Anwendung besprochen. Die organisatorische Umsetzung, wie die beiden Arten der „Visitationen“ – einmal die persönliche vor Ort-Begehung und im Weiteren die Handhabung der Online-Variante (Remote) – durchzuführen sind, wurden ausführlich erläutert. Den Visitorinnen und Visitoren wurden die Indikatordatenblätter ausgehändigt und sie erhielten eine Zusammenstellung der benötigten Informationen und Materialien. Einige Indikatoren, vor allem die des vierten Handlungsfeldes „Resilienz gegenüber Klimawandel“ hatten bisher nie Eingang in den medizinischen Sektor im Rahmen des Qualitätsmanagements erhalten, sodass den Ausführenden hierzu erst einmal Grundlagen und Fachwissen vermittelt werden musste. Die Aufgabe der Visitorinnen und Visitoren war es, sich bis zum nächsten Treffen, die wesentlichen Inhalte der Themenfelder anhand der vorbereiteten Materialien selbst zu erschließen. Die Materialien wurden direkt nach den Panelsitzungen, nachdem das zu pilotierende Indikatorset verabschiedet worden ist, erstellt. Die Materialien standen auf einer eigens eingerichteten Webseite des aQua-Instituts zur Verfügung (siehe unter Ergebnisse 6.2.2).

In der Folgeschulung wurde der Ablauf der Visitation wie Terminfindung, die Gesprächsführungstechnik, die im Rahmen des Visitationstermins zu erfolgen hat, und der Einsatz des VISOTOOL® besprochen. Ein, durch das aQua-Institut vorbereitetes, Folienset mit den inhaltlichen Informationen (zu Themen wie Kommunikation, Krisenmanagement, Klimawandel) wurde angesehen und durchgegangen, offene Fragen wurden geklärt. Der Folienvortrag sollte nach der Datenerhebung dazu dienen, die Praxisteams über die Projektinhalte zu informieren, aber auch die Teilnehmenden anzuregen in einen Dialog zu den spezifischen Indikatoren zu kommen, ihre eigene Praxissituation zu reflektieren und möglicherweise Umsetzungs- und/oder Verbesserungspotenziale zu identifizieren.

Ein erster kurzer Feedbackbericht in Form eines Visitationsberichts (siehe Anhang 9 unter Punkt 11) sollte abschließend von den Visitorinnen und Visitoren erstellt werden. Sie waren dazu angehalten, zu jedem Indikator die wesentlichen Aussagen und die Ideen des Praxisteams zu notieren. Den Bericht erhielten die Praxen im Nachgang über das eingesetzte VISOTOOL®. Auch war eine Evaluation zur erfolgten Visitation auszufüllen (siehe Tabelle 13).

5.3.3 Pilotierung der Qualitätsindikatoren im Rahmen von Visitationen

Das Konzept der Visitation (van den Hombergh et al., 1999) hat im Rahmen des EPA-Qualitätsmanagements einen besonders hohen Stellenwert. Denn es verfolgt den edukativen Ansatz und beinhaltet eine von einer externen Person (geschulte Visitorin bzw. Visitor) moderierte Teambesprechung mit der Präsentation der Befragungsergebnisse und Diskussion möglicher Verbesserungsansätze für die Praxis. Die Visitation erfolgt auf Augenhöhe durch Kolleginnen und Kollegen sowie durch erfahrene, auf dem medizinischen Sektor ausgebildete Personen (z. B. weitergebildete MFAs). Der Ablauf einer Visitation gestaltete sich wie folgt:

Zur Visitation der Pilotpraxen (geplant: n=35; erfolgt: n=34 durchgeführt – da eine Praxis kurz vor dem geplanten Termin aus Zeitgründen und Personalmangel den Termin absagte) dienten die drei Erhebungsinstrumente, welche zeitlich versetzt eingesetzt wurden. Das Selbstassessment (GPI) wurde ca. 4 bis 6 Wochen vor dem geplanten Visitationstermin postalisch an die Praxis versendet und sollte auch vor diesem Termin wieder an das aQua-Institut zurückgesendet werden (digital oder per Freiumschlag). So konnten bereits vor der Durchführung der Praxisvisitation erste Ergebnisse ermittelt werden, die der Visitorin/dem Visitor rechtzeitig zur Verfügung standen. Aufgrund dessen war es möglich, thematische Hinweise zu erhalten, worauf im späteren Gespräch, der moderierten Teambesprechung näher eingegangen werden konnte. Die Items in der Checkliste (OI) sowie die des Gesprächsfragebogens (OC) wurden am Tag der Visitation durch die geschulten Visitorinnen und Visitoren erhoben und mithilfe der

Datenbank VISOTOOL® ausgewertet. Es war somit möglich die aktuelle Situation, den IST-Zustand der Praxis zu erhalten. Anhand der IST-Analyse kann ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) in Praxen angestoßen werden, was durch die Praxisbesuche auch erfolgte.

5.3.4 Datenauswertung und Darstellung der Indikatoren-Ergebnisse über Feedbackberichte

Feedbackbericht 1 (nach Visitation):

Die Praxen erhielten direkt nach erfolgter Visitation einen ersten Bericht, der eine Auflistung der Indikatoren mit den angestrebten Qualitätszielen enthielt sowie der individuellen Aussagen zu Umsetzungsmaßnahmen, die im Rahmen der Visitation seitens der Praxisteams getroffen wurden. Im Sinne des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act; Deming 1986) wurden diese von den Visitorinnen und Visitoren notiert und den Praxen anschließend zur Verfügung gestellt (siehe Anhang 9 unter Punkt 11).

Der erste Bericht wurde nach der ersten durchgeführten Visitation am 07.03.2024 an die Praxis übermittelt. Die Berichte wurden jeweils zeitnah (innerhalb einer Woche) nach erfolgter Visitation erstellt und auf digitalem Weg über die passwortgeschützte Ergebnisdatenbank VISOTOOL® zum Download bereitgestellt. Die Praxen erhielten über dieses Vorgehen im Rahmen der Visitation eine Information und bei Versand eine E-Mail mit dem Hinweis zum Download.

Feedbackbericht 2 (gesamt):

Der zweite Teil des Feedbackberichts wurde detaillierter und – wie im Projektantrag als Anlage eingereicht – gestaltet (siehe Anhang 10 unter Punkt 11). Der Feedbackbericht wurde in Anlehnung an die bei EPA eingesetzten Feedbackberichte erstellt. Zuvor wurden jedoch die Projektpartner (AMED, QuE und MVZ Dachau) eingebunden, damit diese ihre inhaltlichen Ideen ebenfalls einbringen konnten.

Der Bericht enthielt alle rechnerischen Ergebnisse inklusive Box-Whisker-Plots zu den Indikatoren mit prozentualem Erfüllungsgrad der eigenen Praxis und darüber hinaus enthielt er den Benchmark. Anhand des Benchmarks können sich Praxen bzgl. ihrer Ergebnisse vergleichen. Solche Vergleiche haben einen motivierenden Charakter. Die Feedbackberichte mit den Benchmarkdaten wurden alle am 18.08.2023 postalisch an die Praxen versendet sowie auf der Ergebnisdatenbank VISOTOOL® zum Download bereitgestellt. Im Zuge der Übermittlung erhielten die Praxen außerdem eine Bescheinigung zur Projektteilnahme sowie das Auszahlungsformblatt für die zu erstattende Aufwandsentschädigung.

5.3.5 Studiendesign der Prozessevaluation

Eine Prozessevaluation untersucht die Akzeptanz von Interventionskomponenten, Wirkungsmechanismen und Kontextfaktoren, um die Funktionsweise einer Intervention zu verstehen (Moore et al., 2015). Die Prozessevaluation in RESILARE wurde als Mixed-Methods Beobachtungsstudie konzipiert, die mit einem Praxisbesuch (Visitation) und sich anschließendem Feedbackbericht in Primärversorgungspraxen verbunden war. In einem konvergent-parallelen Design wurden dazu eine quantitative Erhebungsstudie und eine qualitative Studie mit zwei Online-Fragebögen, halbstrukturierten Interviews (siehe Anhänge 11 bis 13 unter Punkt 11) und einem Feedback-Formular für die Visitorinnen und Visitoren (siehe Tabelle 13) durchgeführt. Der Methodenmix wurde gewählt, um Anwendbarkeit und Relevanz der entwickelten Indikatoren zu bewerten und entscheidende organisatorische und individuelle Faktoren identifizieren zu können, die sich auf eine potenzielle Implementierung in das Qualitätsmanagement von Praxen auswirken.

Die Pilotierung der Qualitätsindikatoren wurde entweder vor Ort oder über eine Online-Videoplattform (MS-Teams) und optional während des regelmäßigen Qualitätsmanagement-Assessments mit optionaler Zertifizierung mit den teilnehmenden Praxen durchgeführt. Eine solche Zertifizierung ist eine Methode zur Überprüfung, und beim Europäischen

Praxisassessment mit Benchmarking, der Leistung der hausärztlichen Versorgung in einem breiten Spektrum von klinischen und organisatorischen Bereichen (Szecsenyi et al., 2011). Erfahrene Visitorinnen und Visitor (Ärztinnen und Ärzte und medizinische Fachangestellte) sollten allgemeine Informationen zur Krisenresilienz präsentieren und mit den Teilnehmenden die RESILARE-Indikatoren durchgehen, um den Status quo zu ermitteln. Feedbackberichte sollten in Bezug auf die praxisindividuelle Bewertung der RESILARE-Indikatoren und später auf das Benchmarking erstellt werden.

Stichprobe

Die Rekrutierung erfolgte durch das aQua-Institut für angewandte Qualitätsverbesserung und Forschung im Gesundheitswesen als verantwortlichem Konsortialführer in RESILARE. Eine gezielte Stichprobe von allgemeinärztlichen Praxen wurde zur Teilnahme an der Pilotstudie eingeladen. In die Prozessevaluation einbezogen wurden nur Teilnehmende, die eine separate schriftliche und unterschriebene Einverständniserklärung abgaben, älter als 18 Jahre waren und die deutsche Sprache ausreichend beherrschten. Alle Mitglieder eines teilnehmenden Praxisteams konnten an der Visitation teilnehmen.

Datenerhebung – Fragebögen

Innerhalb von zwei Wochen nach Visitation und Pilotierung der Indikatoren wurde der praxisindividuelle Feedbackbericht 1 vom aQua-Institut über einen Link zu seiner proprietären Plattform VISOTOOL® (www.aqua-institut.de/visotool) online zur Verfügung gestellt, um den Status quo in Bezug auf die RESILARE-Indikatoren zu beschreiben. Alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie MFA wurden per E-Mail etwa zwei Wochen nach Erhalt des praxisindividuellen Feedbackberichts gebeten, alle pilotierten Indikatoren in einer Online-Umfrage zu bewerten. Für die Datenerhebung wurden zwei studienspezifische Online-Fragebögen für die Teilnehmenden und ein Kurzfragebogen für die Visitorinnen und Visitor verwendet, die vom verantwortlichen Studienteam AMED entwickelt wurden.

Fragebogen 1 (siehe Anhang 11 unter Punkt 11) umfasste alle entwickelten Indikatoren und ermöglichte eine skalierte Bewertung hinsichtlich Relevanz und Akzeptanz im Praxisalltag jedes Bereichs sowie der einzelnen Indikatoren. Ergänzende Fragen bezogen sich auf den Umgang mit schwierigen Situationen am Arbeitsplatz, die allgemeine Wahrnehmung des Aufwands und der objektiven Konsistenz der Indikatoren, Kosten und Relevanz nachhaltiger Arbeitsweisen, aktuell erlebte Krisen sowie soziodemografischen Merkmalen. Fragebogen 2 (siehe Anhang 12 unter Punkt 11) bezog sich auf die Feedbackberichte und abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen. Tabelle 4 beschreibt die Inhalte der Fragebögen.

Tabelle 4: Fragebogen Items und Skalierung

Fragebogen Items	Rating	Anzahl Items	Skala
Handlungsfelder Alle Indikatoren	Relevanz Anwendbarkeit Klarheit	4 32 32	1 – 9 1 = überhaupt nicht relevant 9 = sehr relevant
Schwierige Situationen am Arbeitsplatz	Umgang/Coping	16	1 – 7 1 = trifft überhaupt nicht zu 7 = trifft vollkommen zu

Fragebogen Items	Rating	Anzahl Items	Skala
Generelle Wahrnehmung	Aufwand und Zielkonsistenz	3	1 – 5 1 = sehr hoch 5 = sehr niedrig
	Kosten/Relevanz nachhaltige Arbeitsweisen	2	
Aktuelle Krisen	Coping	3	Offene Fragen
Feedbackbericht	Verständlichkeit, Transparenz, Impulse	7	1 – 9 1 = trifft überhaupt nicht zu 9 = trifft vollkommen zu
	Allgemeine Kommentare	2	
	Abgeleitete Optimierungen	1	Offene Frage

Die Teilnehmenden erhielten per E-Mail einen personalisierten Link als Zugang zu den Fragebögen sowie eine Erinnerung an den ersten Fragebogen sechs Wochen nach der letzten Visitation. Die Visitorinnen und Visitor konnten ihre Wahrnehmung zur Akzeptanz und nachhaltigen Umsetzung der Indikatoren in vier Items auf einer Skala von 1 bis 10 (1=negativ bis 10=positiv) angeben und bei zwei offenen Fragen zu herausfordernden und begünstigenden Faktoren während des Besuchs Freitext eingeben.

Die Einladung zur Teilnahme an einem Telefoninterview erfolgte postalisch, beigelegt waren zwei Exemplare einer Einverständniserklärung und schriftliche Informationen zu Datenschutz, Prozessevaluation und den Studienzielen. Ein unterzeichnetes Exemplar der schriftlichen Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Prozessevaluation sollte zurückgesendet werden. Anschließend kontaktierte das Studienteam telefonisch, um mögliche Fragen zu klären und um Datum und Uhrzeit für das Interview zu vereinbaren. Konnten Teilnehmende nach mehreren Versuchen nicht erreicht werden, wurden per E-Mail Terminvorschläge gesendet. Ein halbstrukturierter vom Studienteam AMED entwickelter Interviewleitfaden (siehe Anhang 13 unter Punkt 11) enthielt vordefinierte offene Fragen, die sich auf Visitation, Feedbackberichte, nach der Pilotierung durchgeführten Maßnahmen, aktuell wahrgenommene Krisen und Motivation zur Teilnahme am Projekt RESILARE bezogen. Die Fragen für Ärztinnen, Ärzte und MFA waren identisch, wobei der genaue Wortlaut und die Reihenfolge während der Interviews individuell angepasst wurden. Nach jedem Interview wurde mündlich darum gebeten, den Fragebogen - so noch nicht geschehen- noch auszufüllen sowie der abschließende Fragebogen zum Feedbackbericht angekündigt. Um den Zeitaufwand für die Teilnehmenden zu minimieren und das Ziel der Datensparsamkeit zu verfolgen, wurden die Merkmale der Teilnehmenden ausschließlich mit dem ersten Fragebogen erhoben.

Datenerhebung - Interviews

Die telefonischen Interviews wurden digital aufgezeichnet, pseudonymisiert und wortwörtlich transkribiert. Kein Interview wurde unterbrochen, wiederholt oder abgebrochen. Die Transkripte wurden mit der KI-basierten Software noScribe Version 0.4.1 (Dröge, 2023) (<https://github.com/kaixx/noScribe>) erstellt und anschließend korrekturgelesen und ggf. bereinigt. Die qualitative Datenerhebung wurde von einer Versorgungsforscherin mit umfassender Erfahrung in der qualitativen Forschung durchgeführt. Die Erhebung von Umfragedaten wurde von einem erfahrenen Versorgungsforscher und Datenwissenschaftler begleitet. Die Sammlung, Dokumentation und Zusammenstellung des Feedbacks der Visitorinnen und Visitor erfolgte durch das aQua-Institut.

Datenanalyse

Für die Analyse der quantitativen Daten wurde IBM SPSS Statistics Version 29.0.0.0 verwendet. Die Daten wurden auf Plausibilität geprüft und ggf. bereinigt, deskriptiv analysiert, um die zentrale Tendenz (Mittelwert), Variabilität (Bereich; Standardabweichung) und Häufigkeit (Anzahl; Prozentsatz) zusammenzufassen. Nur beantwortete Items der Umfrage wurden berücksichtigt, fehlende Werte wurden gekennzeichnet. Die Datenvisualisierung erfolgte in Microsoft Excel 2019.

Zur Analyse der qualitativen Daten wurde ein zweistufiger Ansatz auf Basis der Thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006) angewandt. Jeweils 5 Transkripte von Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie MFA wurden induktiv kodiert. Die initiale Kodierung wurde dann mit den Themen des Interviewleitfadens abgeglichen und final auf alle verbleibenden Transkripte angewendet. Methodische Strategien wie z. B. Suche nach Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen und innerhalb von Berichten wurden angewandt, um die Darstellung verschiedener Perspektiven, die Vertrauenswürdigkeit der Analyse und die Transparenz der Ergebnisse zu gewährleisten (Green & Thorogood, 2018). Zur Organisation und Verwaltung der qualitativen Daten erfolgte in MAXQDA 2022 Plus (Release 22.7.0; Verbi GmbH). Quantitative und qualitative Daten wurden zunächst getrennt analysiert und dann zusammengeführt.

6. Projektergebnisse

6.1 Ergebnisse der Studienphase 1 (Arbeitspakete 1 bis 3)

6.1.1 Literaturrecherche

Insgesamt konnten 9.614 Artikel über die Suchstrategie identifiziert werden. Nach Ausschluss von Artikeln konnten 81 Artikel in die Volltextanalyse eingeschlossen werden. Davon flossen n=41 Artikel im weiteren Verlauf inhaltlich in die Ableitung der Qualitätsindikatoren, sowie in die Erstellung der Interviewleitfäden ein, sodass von einer rein inhaltlichen Ausführung der Artikelanalyse abgesehen wurde. Die folgende Abbildung 3 gibt einen Überblick über die durchgeführte Literaturrecherche nach (Page et al., 2021).

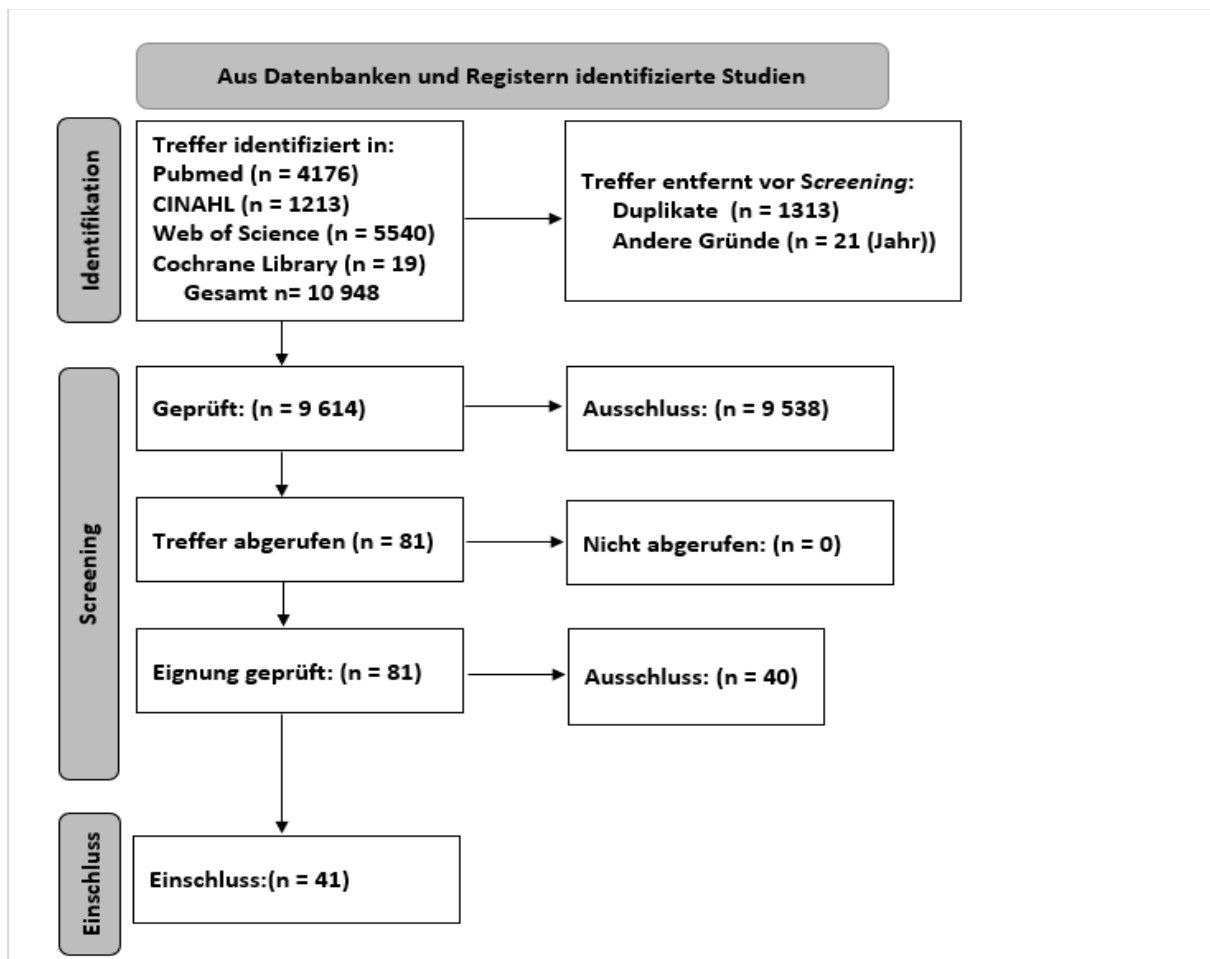


Abbildung 3: Ergebnisse der Literaturrecherche

6.1.2 Qualitative Datenerhebung

Insgesamt nahmen $n=40$ Expertinnen und Experten an 26 Einzelinterviews und 2 Fokusgruppen teil, die vom 01.07.2021 bis 14.10.2021 stattfanden. Die Teilnehmenden waren mehrheitlich (60%) weiblich und waren zumeist zwischen 25-39 Jahre (35%) bzw. 40-59 Jahre (42.5%) alt. 75% waren als Arzt bzw. Ärztin, MFA oder Praxismanager in einer (fach-)ärztlichen Praxis tätig. Zusätzlich waren Teilnehmende in Wissenschaft, Gesundheitssystem (Politik/Krankenkasse) oder sonstiges tätig. Vereinzelt wiesen Teilnehmende mehrere Beschäftigungen auf, beispielsweise in Praxis und Wissenschaft. Ärztliche Praxen gehörten den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pneumologie, Neurochirurgie, Dermatologie, Orthopädie, HNO und Gynäkologie an. Es handelte sich um Einzel- oder Gemeinschaftspraxen oder auch um Arztnetze, die sich ausgeglichen in ländlichen oder städtischen Gegenden in ganz Deutschland befanden. Die meisten Teilnehmenden stammten aus Bayern (45%). Es wurde kein Interview oder Fokusgruppe abgebrochen, kein Interview oder Fokusgruppe wurde wiederholt. Eine Teilnehmende der Fokusgruppe musste diese aufgrund eines persönlichen Notfalls frühzeitig verlassen. Die Interviews dauerten durchschnittlich 55 Minuten, die beiden Fokusgruppen jeweils 80 und 91 Minuten.

Ergebnisse der qualitativen Interviews und Fokusgruppen umfassen Erkenntnisse in den Bereichen übergreifende Krisenresilienz, Klimaanpassung und zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks von Arztpraxen.

Im Bereich der übergreifenden Krisenresilienz von Arztpraxen konnte eine Vielzahl an potenziellen oder bereits erlebten Situationen identifiziert werden, die in Arztpraxen als Krise

wahrgenommen wurden bzw. werden. Diese konnten in drei Ebenen eingeteilt werden: Praxisinterne Krisen, Krisen auf Gesundheitssystemebene und übergreifende Krisen. Zu praxisinternen Krisen gehören beispielsweise Gebäudeschäden in der Praxis wie Wasserschäden oder durch Einbrüche, Ausfälle von Strom, Internet oder technischen Geräten (inkl. EDV), akute Gesundheitskrisen auf Patientenebene oder auch Spannungen im Team. Krisen auf Gesundheitssystemebene umfassten zum Beispiel akuten und langfristigen Personalmangel, Lieferengpässe von Medikamenten, Impfstoffen oder medizinischem Material (z. B. Schutzausrüstung), Veränderungen der Gesundheitsversorgung wie Digitalisierung oder Veränderungen der Versorgungsstruktur, steigender bzw. erhöhter Versorgungsbedarf und soziale Krisen. Übergreifende Krisen umfassten Pandemien und Krankheitswellen, Wirtschaftliche Krisen sowie den Klimawandel und dessen gesundheitliche Auswirkungen.

Weiterhin konnten Kriterien identifiziert werden, die eine Herausforderung für eine Arztpraxis zu einer Krise werden lassen. Diese waren das Auftreten emotionaler Reaktionen wie Angst, Stress oder Überforderung, ein Mangel an Zeit, Informationen, Personal oder Material, sowie eine Veränderung der Praxisabläufe. Meist wurde hierbei beschrieben, dass die Routine gestört wurde.

Weitere Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung umfassten Hinweise zum Bewusstsein von Arztpraxen bezüglich gesundheitlicher Konsequenzen des Klimawandels. Hierbei wurde das meiste Wissen über Hitzewellen beobachtet. Die meisten Erfahrungen waren ebenfalls mit Hitzewellen. Hierbei zeigte sich, dass die meisten Teilnehmenden Erfahrungen aus erster Hand mit Hitze in den Praxisräumen gemacht hatten und verschlechterte Patientenoutcomes während einer Hitzewelle beobachteten. Teilweise fielen medizinische Geräte aus und die Praxis musste sogar in Einzelfällen geschlossen werden. Das Vorhandensein einer Klimaanlage schien für viele der Teilnehmenden eine der Hauptlösungen bei Hitze zu sein und eine Hitzewelle wurde als harmlos beschrieben, sofern eine Klimaanlage in der Praxis vorhanden war. Generell schien eigene Betroffenheit die Awareness (Bewusstsein) gegenüber dem Klimawandel zu erhöhen. Es wurde jedoch eine hohe Bereitschaft zum Handeln beobachtet. Sie reichte von Personen, die beschrieben, dass Maßnahmen zur Klimaanpassung nicht in ihrer Verantwortung lagen und sie keine Zeit hätten, diese durchzuführen, bis hin zu Personen, die bereits Maßnahmen in ihren Praxisalltag implementiert hatten und diese als nicht nennenswerten Mehraufwand und ihre eigene Verantwortung ansahen.

Darüber hinaus konnte ein höheres Störungsbewusstsein bezüglich Maßnahmen zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks festgestellt werden. Es wurden generell jedoch wenige Maßnahmen bereits in Praxen durchgeführt. Auch hier fanden sich einige Teilnehmende, die sich besonders engagiert zeigten und die Mitigation in ihrer Verantwortung als Praxis sahen. Andere wiederum führten bisher keine Maßnahmen durch, waren jedoch offen diesbezüglich. Allen Teilnehmenden war es möglich, sich ad hoc Maßnahmen zur Reduktion des CO₂ - Fußabdrucks von ärztlichen Praxen zu überlegen. Grundsätzlich wurde beobachtet, dass sich die Awareness gegenüber dem Klimawandel und Klimaanpassung bzw. Maßnahmen zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks zu steigern scheint.

6.1.3 Ableitung von Qualitätsindikatoren

Nachstehend sind die vier Handlungsfelder sowie die Indikatoren (N=36) mit ihren Kurznamen, bzw. Arbeitstiteln tabellarisch aufgeführt, die für das Panelverfahren mit dem Ziel – Indikatoren zur Stärkung der **Krisenresilienz** zu finden – zur Bewertung standen.

Tabelle 5: Handlungsfelder und Indikatoren

Resilienz	Prävention	Praxisorganisation	Resilienz gegenüber Klimawandel
1. Stärkung individuelle Resilienz 2. Teambuilding-Maßnahmen 3. Teamsitzungen 4. Krisensitzungen 5. Führungsstärke durch Fortbildung 6. Beschwerde- und Fehlermanagement 7. Kenntnisse zu Krisenplänen 8. Qualitätszirkel	9. Krisenbeauftragte(r) 10. Durchführung Patientenbefragung 11. Krisen- und Risikoidentifikation 12. Krisenpläne 13. Versicherte Risiken 14. Finanzielle Rücklagen 15. Mitarbeiterschulungen_Fokus Krise 16. Schutzkonzept/Deeskalationsmaßnahmen 17. Notfalltrainings 18. Klimarelevante Informationen	19. Kommunikationskanäle 20. Vorratshaltung 21. Lagerkapazitäten 22. Personalschlüssel 23. Regionales Netzwerk 24. Kontaktliste 25. Datensicherung 26. EDV-Ausfall_Ersatzverfahren	27. Hitzeaktionsplan 28. Klimabeauftragte (r) 29. Klimasprechstunde 30. Klimabedingte Erkrankungen 31. Nachhaltigkeitskonzept 32. Ökologischer Fußabdruck 33. Erneuerbare Energie 34. Nachhaltige Mobilität 35. Ressourcenschonend 36. Nachhaltige Zusammenarbeit fördern

6.2 Ergebnisse der Studienphase 2 (Arbeitspakete 4 und 5)

6.2.1 Bewerbungsverfahren, Panelbildung und Paneldurchführung

Zur Panelbildung wurde das Bewerbungsverfahren wie vorstehend beschrieben initiiert. Nach dem Bewerbungsverfahren wurde die Teilnehmeranzahl für das multidisziplinäre Panel erreicht: N=15 Fachexpertinnen und Fachexperten standen zur Verfügung. Ihre Aufgabe war es, die Indikatoren im Rahmen des zweistufigen Panelverfahrens zu bewerten.

Panelverfahren Bewertungsrunde 1 (Remote vom 18.05. bis 03.06.2022):

N=36 Indikatoren wurden bewertet.

Ergebnis Relevanz:

Relevant, Konsens	Relevant, Dissens	Fraglich relevant, Dissens
n=26	n=5	n=5

Alle Indikatoren, auch die mit der Einstufung „Relevant, Dissens“ und „Fraglich relevant, Dissens“ wurden mit in die Gruppendiskussion der zweiten Panelrunde genommen.

Ergebnis Klarheit/Verständlichkeit:

90% aller Indikatoren (von n=36) wurden als klar und verständlich bewertet.

Panelverfahren Bewertungsrunde 2 (vor Ort am 22.06.2022):

Die Panelteilnehmenden hatten ihre Dokumente aus der ersten Bewertungsrunde zur Ansicht dabei (Indikatordatenblätter als beschreibbare PDF mit eigenen Notizen). Nach erfolgter Gruppendiskussion und ggf. Neuformulierung oder inhaltlicher Teilung des Indikators inkl. Items konnte die erneute, individuelle Bewertung anhand – eines während der Sitzung ausgegebenen – vorgefertigten Papierendokuments (siehe Anhang 5 unter Punkt 11) erfolgen.

Die ggf. neu formulierte Version 2 wurde zuvor gemeinsam erstellt und für alle während der Bewertung nachvollziehbar und sichtbar über einen Beamer/Leinwand dargestellt. Nachdem

alle Indikatoren, mit zum Teil zwei verschiedenen Textversionen und neu formulierte Indikatoren (inkl. Items) von den Teilnehmenden individuell (jede/jeder für sich) bewertet wurden, erfolgte die Übergabe der Dokumente in eine aufgestellte Box, sodass die anonyme Abgabe sichergestellt war. Im Nachgang erfolgte die Auswertung durch das aQua-Institut.

Indikatoren die eindeutig als „nicht relevant“ bewertet und ausgeschlossen wurden:

- Durchführung von Patientenbefragungen
- Lagerkapazitäten
- Klimabeauftragte
- Nachhaltige Zusammenarbeit fördern
- Die Praxis erfasst Kennzahlen zu klimabedingt erkrankten Patientinnen und Patienten (Anmerkung: hierbei handelt es sich um einen in der Sitzung geschaffenen Indikator als neuer Vorschlag, daher existiert kein kurzer Arbeitstitel)

Panelverfahren Bewertungsrunde 3 (Remote vom 30.06. bis 20.07.2022):

Die Teilnehmenden der Panelrunde erhielten erneut einen Zugang zum EFS-Tool, um dort die abschließende Bewertung der nach Auswertung selektierten Indikatoren (n=34) zur „Praktikabilität“ (Skala 1 bis 9) vorzunehmen.

Ergebnis Praktikabilität:

Praktikabel, Konsens	Praktikabel, Dissens
n=28	n=6

Im Rahmen der Würdigung des Indikatorsets wurde mit Blick, auf die als „Praktikabel, Dissens“ bewerteten Indikatoren im Panel beschlossen, dass dennoch vier von diesen Indikatoren pilotiert werden sollten, da es sich hierbei um Inhalte handelt, die gegenwärtig eine hohe Aktualität und gesamtgesellschaftliche Relevanz besitzen und von denen man sich mehr Informationen im Rahmen der Pilotierung aus den Praxen erhoffte. Außerdem um zunächst eine Sensibilisierung und langfristig ggf. eine Implementierung weiter zu verfolgen, welche wiederum zum Ziel hat, die Versorgungssituation zu verbessern.

Indikatoren, die Eingang in das zu pilotierende Indikatorset erhalten haben:

- Die Praxis ist in der Lage in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben.
- Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments
- Die Praxis setzt auf nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende
- Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen

Nach Abschluss der letzten Bewertungsrunde des zweistufigen Panelverfahrens ergab sich ein Indikatorset mit n=32 Indikatoren und n=47 Items (Fragestellungen).

Bewertung des Indikatorsets und des Panelverfahrens durch die Panelteilnehmenden

Im Rahmen der letzten Panelsitzung wurden die teilnehmenden Fachexpertinnen und Fachexperten (n=15) um ein Feedback zum verabschiedeten Indikatorset sowie zu den durchgeführten Panelsitzungen gebeten. Mittels der nachstehenden zehn Fragen gaben die Panelteilnehmenden ihre Einschätzungen hinsichtlich eines möglichen Einsatzes des Indikatorsets (Abbildung 4) und zur Gestaltung und Durchführung des Panels ab (Abbildung 5).

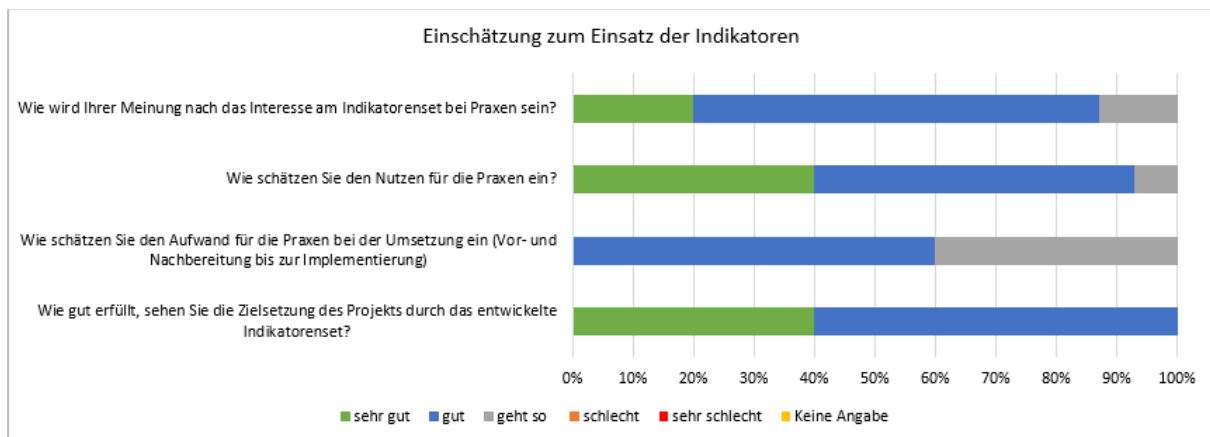


Abbildung 4: Einschätzung zum Einsatz der Indikatoren

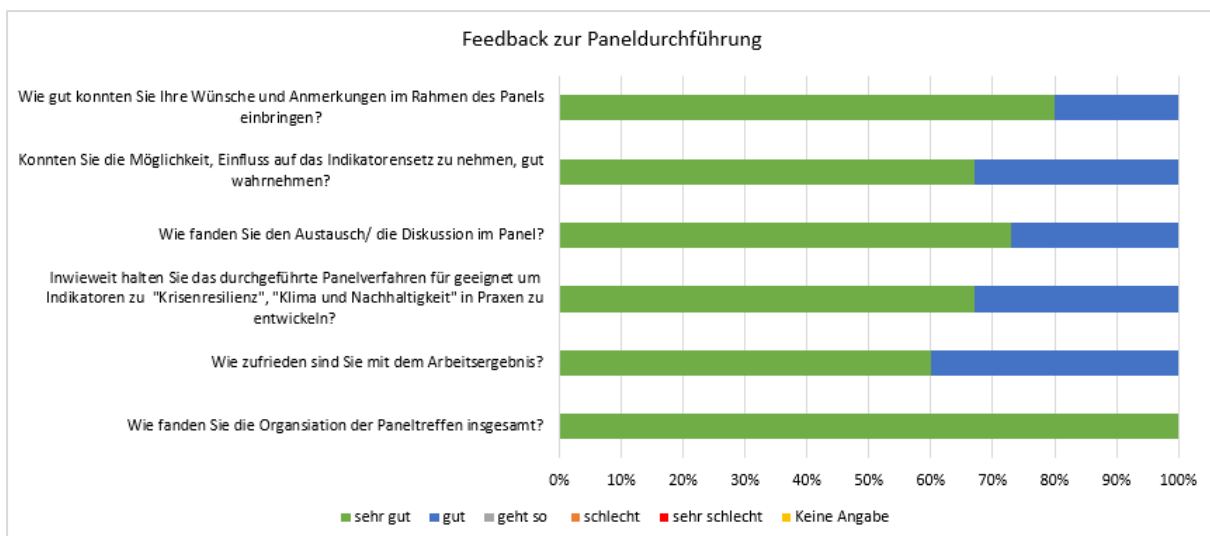


Abbildung 5: Feedback zur Paneldurchführung

6.2.2. Aufbereitung der Qualitätsindikatoren und Erstellung der Erhebungsinstrumente

Das abgestimmte Indikatorset (n=32) mit seinen Fragestellungen (n=47) bildete die Grundlage für die Erhebungsinstrumente, welche bei der Pilotierung eingesetzt wurden. Auf Basis der Erhebungsmethoden des Europäischen Praxisassessments (EPA), einem Qualitätsmanagementsystem für medizinische Einrichtungen, welches seit 2006 validierte Fragebögen einsetzt (Engels et al., 2005; Engels et al., 2006; Szecsenyi et al., 2011), wurden die Instrumente entwickelt. Das Vorgehen wurde im Rahmen der zuvor erfolgten Panelsitzungen vorgestellt. Durch das etablierte Verfahren, in Anlehnung an die EPA-QM-Assessments, wird nicht nur die Perspektive der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sowie ggf. einer weiteren verantwortlichen ärztlichen Person betrachtet, sondern es wird auch die Sicht der angestellten nichtärztlichen Mitarbeitenden mitberücksichtigt. Die folgenden drei Instrumente (siehe Anhang 7 bis 9 unter Punkt 11) für die geplante Visitation entstanden:

1. Selbstassessment (Fragebogen für die Praxisinhaberin bzw. den Praxisinhaber) mit n=12 Items
2. Checkliste für nichtärztliche Mitarbeitende mit n=18 Items
3. Frageliste/Leitfaden für das Gespräch mit dem/der jeweils hauptverantwortlichen Arzt/Ärztin (Ansprechperson für das Projekt) mit n=17 Items

Das erste Instrument wurde sowohl als papierbasierte Version in MS-Word in Form eines Fragebogens erstellt (für den Versand), als auch umgearbeitet und digitalisiert, um dies und die beiden anderen Instrumente in VISOTOOL® (www.aqua-institut.de/visotool), der Webapplikation für Qualitätsmessung und -management für Gesundheitseinrichtungen, vorliegen zu haben. Parallel dazu wurden die Qualitätsindikatoren in das System mittels Programmierung integriert (siehe unter Methodik, Punkt 5.2.3), auf dessen Basis später im Rahmen der Visitation die Berechnungen und Auswertungen erfolgten. Darüber hinaus wurde eine Stammdatenmaske erstellt, bei der es später möglich war, die pseudonymisierten teilnehmenden Einrichtungen mit den Ergebnissen zu verknüpfen.

6.3 Ergebnisse der Studienphase 3 (Arbeitspakete 6 und 7)

6.3.1 Rekrutierung der Pilotpraxen

Teilnehmende Praxen

Es konnten insgesamt n=35 Praxen (mit n=34 Ärztinnen und Ärzte) unterschiedlicher Größe, Praxisformen und aus unterschiedlichen Regionen des Bundesgebietes Deutschland für die Teilnahme an der Pilotierung und der späteren Prozessevaluation rekrutiert werden. Ein Hausarzt sagte die Teilnahme kurz vor dem geplanten Besuch und nach Abschluss der Rekrutierung wegen außergewöhnlich hoher Arbeitsbelastung und Personalmangel ab. Tabelle 6 beschreibt die Verteilung der teilnehmenden Praxen im Bundesgebiet, Tabelle 7 beschreibt ihre Merkmale.

Tabelle 6: Verteilung der Pilotpraxen (n=34) im Bundesgebiet

Bundesländer	Anzahl (n)	Anteil in %
Baden- Württemberg	5	14,7
Bayern	13	38,2
Berlin	2	5,9
Bremen	1	2,9
Hessen	4	11,8
Mecklenburg-Vorpommern	1	2,9
Niedersachsen	1	2,9
Nordrhein-Westfalen	3	8,8
Sachsen	3	8,8
Schleswig-Holstein	1	2,9



Unterstützt von Bing
© GeoNames, Microsoft, TomTom

Abbildung 6: Verteilung der Pilotpraxen

Tabelle 7: Praxismerkmale

Setting	Anzahl (n)	Anteil in %
städtisch	16	47,1
ländlich	18	52,9
Gründungsjahr	Von 1988 bis 2022	
Praxisgröße (m2)	Von 80 bis 1.000	
Größe der Praxisteams (Personenanzahl)	Von 2 bis 49	

Das Spektrum der teilnehmenden Praxen setzte sich aus verschiedenen Organisations- und Kooperationsformen zusammen. Zum Tragen kamen für das Projekt Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen sowie Berufsausübungsgemeinschaften. Deren prozentuale Verteilung ist in Abbildung 7 dargestellt.

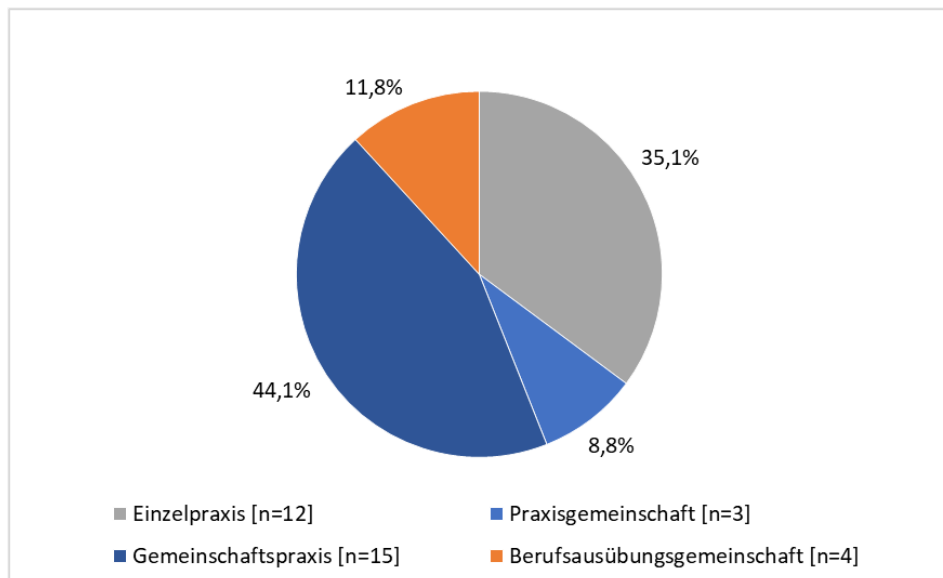


Abbildung 7: Organisationsformen (Anteil in %)

Einsatz von Qualitätsmanagementsystemen

Zur Studienteilnahme wurden die Pilotpraxen gebeten ihr eingesetztes Qualitätsmanagementsystem anzugeben. 73,5 % der Praxen nutzten ein externes QM-System. Die verbleibenden Praxen befanden sich in unterschiedlichen Phasen der Nutzung. Aus der nachstehenden Grafik wird ersichtlich, welches QMS zum Zeitpunkt der Datenerhebung genutzt wurden und wie die prozentuale Verteilung aussieht. Verwendet werden sechs externe QMS (DIN EN ISO, EPA, KPMQ, QEP, Quisa, Vismed) und eine Praxis führte ein eigenes Qualitätsmanagement.

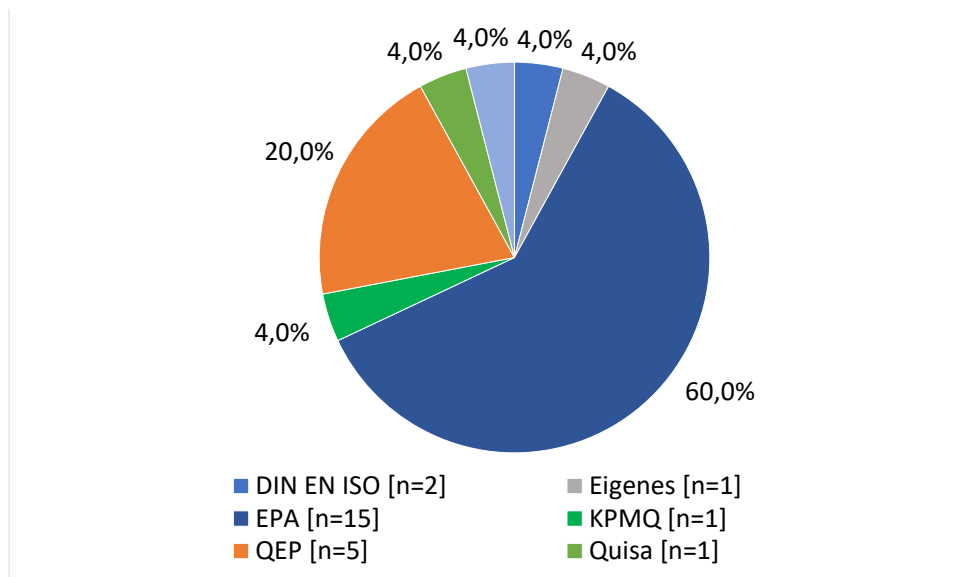


Abbildung 8: Eingesetzte QM-Systeme (Anteil in %)

6.3.2 Pilotierung der Indikatoren im Rahmen der Visitationen

An der Pilotierung des Indikatorsets nahmen n=34 ambulant tätige hausärztliche Praxen teil. Die geplanten Visitationen wurden aus Zeitgründen und auf ausdrücklichen Wunsch bei einigen Praxen (n=23) in Form eines Videomeetings (Remote) durchgeführt. Bei den anderen Praxen (n=11) konnten die Visitationen vor Ort durchgeführt werden.

Die Pilotierung der Indikatoren konnte weitgehend planmäßig durchgeführt werden. Bei zwei Online-Visitationen (Remote) kam es zu technischen Störungen, sodass diese in ein Telefongespräch umfunktioniert werden mussten. Eine Praxis wurde nachfolgend im Rahmen des regulären EPA-Assessments besucht und der Folienvortrag und die Indikatoren konnten dabei noch einmal gezeigt und besprochen werden. Da die zweite Praxis zum Ende des Jahres 2023 den Praxisbetrieb einstellte, erfolgte hier der Hinweis auf die Ergebnisdarstellung im VISO-TOOL®, auf die Materialenseite und auf die Feedbackberichte.

Die indikatorbezogenen Ergebnisse wurden jeweils praxisindividuell (prozentualer Erfüllungsgrad) berechnet. Drei Praxen erzielten in allen Indikatoren 100 %, da sie sich bereits mit allen Themen vor dem Projektstart auseinandergesetzt hatten und auf mögliche Krisensituationen vorbereitet waren. Die nachfolgende Tabelle stellt eine aggregierte Berechnung auf Basis der Handlungsfelder dar. Die Praxen hatten die Übersicht ihrer praxisindividuellen Werte und es wurde zeitgleich der jeweils aktuelle Stand des Benchmarks ausgegeben. Alle Praxen erhielten den Hinweis, dass dieser erst nach Beendigung aller Visitationen im endgültigen Feedbackbericht Aussagekraft haben würde. Um das Benchmarking entsprechend darstellen zu können, wurde der Feedbackbericht daher in zwei Segmente geteilt (Feedbackbericht 1 zur erfolgten Visitation mit Verbesserungs- oder Umsetzungsmaßnahmen, Feedbackbericht 2 mit allen Indikatorergebnissen und Benchmark).

Tabelle 8: Aggregierte Ergebnisse zu Indikatoren pro Handlungsfeld

Nr.	Handlungsfeld	Beispielwerte einer Praxis in %	Benchmark: Alle Einrichtungen (Erfüllung des Indikators in %)
1	Krisenresilienz	91,7	87,1
2	Prävention	57,1	65,7
3	Praxisorganisation	78,6	85,7
4	Resilienz gegenüber Klimawandel	95,0	61,6

Die einzelnen Indikatorergebnisse sind dem Feedbackbericht (gesamt) unter Punkt 11 (Anhang Nr. 10) zu entnehmen.

Durchgeführte Visitationen

Die für die zweite Projektphase eingesetzten Visitorinnen und Visitoren (n=10) sind geschulte ärztliche und nichtärztliche QM-Fachexpertinnen und Experten, die schon seit vielen Jahren dem Europäischen Praxisassessment (EPA) und der Stiftung Praxissiegel e. V. zur Verfügung stehen. Neben der langjährigen Berufserfahrung besitzen viele von Ihnen Zusatzausbildungen im pädagogischen Bereich (Kommunikationstraining, Team-Coaching etc.). Jede/-r führte zwischen 2 bis 8 Visitationen durch.

Materialienseite

Um den Praxen direkt nach der Visitation einen Einstieg in die inhaltliche Arbeit zu erleichtern, wurde mit dem VISTOTOOL® eine Webseite verknüpft, die thematisch die im Projekt geschaffenen Handlungsfelder und Indikatoren aufgriff und weitere Informationen bot. Im Wesentlichen gaben die dort eingestellten Dokumente Informationen zum Hintergrund des Themas, Handlungsanweisungen (z. B. zum Krisenmanagement), Mustervorlagen wie Checklisten und/oder Prozessbeschreibungen (z. B. bei Stromausfall) sowie Hinweise auf weiterführende Links (z. B. Podcastserie zur Resilienzstärkung).



Abbildung 9: Ausschnitt der Materialien-Eingangsseite

Nachstehend sind die Themenbereiche aufgeführt, zu denen Dokumente/ Literaturquellen/Links verfügbar waren:

Tabelle 9: Handlungsfelder und Inhalte der Materialienseite

Krisenresilienz: Fokus individuelle Resilienz	Resilienz
	Umgang mit Krisen
	Krisenplanung
	Beschwerdemanagement
	Team
Prävention: Vermeidung von Krisen	Fehler- und Risikomanagement
	Schutz vor Gewalt
	Notfalltrainings
	Fort- und Weiterbildung
Praxisorganisation	Netzwerkbildung
	Qualitätszirkel
	IT-Sicherheit
Resilienz gegenüber Klimawandel (Klimaresilienz)	Hitze und weitere Extremwetterereignisse
	Nachhaltigkeit
	Ressourcen: Materialien und Abfallmanagement
	Mobilität
	CO ₂ -Fußabdruck
	Energie
	Klimawandel und Gesundheit
	Patienteninformation zu Gesundheit und Klima
	Klimasprechstunde
	Arzneimittelmanagement, nachhaltig

Ergebnisse der Teambesprechungen: Häufigkeit der thematisierten Umsetzungsmaßnahmen

Im Rahmen der Visitation wurde mit den Praxisteams über die einzelnen Indikatoren und Zielstellungen diskutiert. Die Themen, die besprochen wurden, notierten die Visitorinnen und Visatoren während der gemeinsamen Teambesprechung. Die nachstehende Tabelle 10 gibt die Häufigkeit zu den einzelnen Indikatoren an, bei denen seitens der Praxis Verbesserungs- und/oder Umsetzungspotenziale genannt wurden. Für den Indikator Nr. 1 bedeutet dies: 14 Praxen gaben an, dass sie den Mitarbeitenden Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen anbieten möchten oder dies im Team weiter besprechen (siehe hierzu auch Tabelle 11)

Tabelle 10: Häufig genannte Verbesserungs- und Umsetzungsmaßnahmen pro Indikator

Nr.	Indikator	Anzahl der Verbesserungs- und/oder Umsetzungsmaßnahmen
Handlungsfeld: Krisenresilienz (Individuelle Resilienz)		
01	Den Mitarbeitenden werden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten.	14
02	In der Praxis werden regelmäßig Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitenden durchgeführt	2
03	In der Praxis werden regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt	5
04	Bei akuten Krisensituationen werden in der Praxis spontan Teambesprechungen einberufen	3
05	Die Praxis ist in der Lage, in Krisensituationen bzw. bei Personal-mangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben.	2
06	Die Praxis hat ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet	19
07	Die Praxisleitung ist daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten	1
08	In der Praxis ist ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement etabliert	8
Handlungsfeld: Prävention (Krisenprävention)		
09	Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/ Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil	17
10	Die Mitarbeitenden der Praxis nehmen mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil	4
11	In der Praxis wird regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren	7
12	Die Praxis hat ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden	12
13	Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen	20
14	Alle Mitarbeitenden der Praxis kennen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne und können auf diese zugreifen	13
15	Die Praxis überprüft in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht	2

Nr.	Indikator	Anzahl der Verbesserungs- und/oder Umsetzungsmaßnahmen
Handlungsfeld: Praxisorganisation		
16	Die Praxis verfügt über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können	5
17	Die Praxis verfügt über ein regionales Netzwerk	0
18	Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/ oder ähnlichen Netzwerktreffen teil	8
19	Das Praxisteam verfügt über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung	0
20	Digital erhobene Daten werden in der Praxis täglich gesichert	3
21	Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann	16
22	Die Praxis hat ein Verfahren etabliert, das für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt	1
Handlungsfeld: Resilienz gegenüber Klimawandel (Klimaresilienz)		
23	Die Praxis verfügt über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise	7
24	Die Praxis hält gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit	14
25	Die Praxis bezieht anlassbezogen das Thema „Klima und Gesundheit“ in die Patientenberatung mit ein	3
26	Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen	6
27	Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeschutzplan	21
28	Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments	17
29	Die Praxis bezieht ihre Energie aus erneuerbaren Quellen	3
30	Die Praxis setzt auf nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende	7
31	Die Praxis schafft ein Bewusstsein für den sparsamen Umgang mit Ressourcen, z.B. Verwendung und Einsatz von Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.)	6
32	Die Praxis orientiert ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten	9

Nachstehend sind acht Indikatoren zusammengefasst, bei denen es den meisten Diskussions- und Umsetzungsbedarf in den Teambesprechungen gab. Die Aussagen der Praxen (n=34) zum jeweiligen Indikator, um welche Maßnahmen es sich handelt sind beispielhaft aufgeführt.

Tabelle 11: Indikatoren mit dem meisten Diskussions- und Umsetzungsbedarf (n=8)

Indikator Nr. 27	Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeschutzplan
N=21 Praxen (61,8 %) planen die Implementierung eines Hitzeschutzplans und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• Die Praxis wird mit Hilfe der Materialien einen Hitzeschutzplan erstellen • Die Praxis plant einen Hitzeschutzbeauftragten • Die Praxis wird ggf. eine Person benennen, die sich näher mit Thema beschäftigt (Krisenbeauftragter) • Der Hitzeschutzplan vom letzten Jahr und das dazugehörige Vorgehen soll für alle Mitarbeitenden abrufbar zur Verfügung gestellt werden

Indikator Nr. 13	Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen
N=20 Praxen (58,8 %) möchten Krisen – und Handlungspläne erstellen	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• Diese sind nur teilweise vorhanden, Bedarf bei Strom und EDV-Ausfall • Ein Krisen- und Risikobeauftragter könnte hierfür benannt werden. Ggf. besteht Schulungsbedarf • Noch nicht vorhanden, diese sollen jedoch im Rahmen einer Teambesprechung gemeinsam erarbeitet werden

Indikator Nr. 06	Die Praxis hat ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet
N=19 Praxen (55,9 %) möchten ein Schutzkonzept inklusive Deeskalationsmaßnahmen erstellen oder ergänzen	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• Die Praxis wird sich gemeinsam hinsetzen und ein Schutzkonzept erarbeiten. Tipps wurden ausgetauscht, z. B. „stiller Alarm“ • Eine erneute Schulung zu Deeskalationsmaßnahmen für das gesamte Team wird angestrebt • Bereits für Fortbildung angemeldet, ist in Arbeit

Indikator Nr. 09	Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/ Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil
N=17 Praxen (50,0 %) zeigen sich interessiert daran Resilienz-Schulungen wahrzunehmen	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• Bisher wurde dies noch nicht von der Praxis angeboten, aber die Praxis ist interessiert hier weitere Schulungen vorzubereiten • Eine leitende Mitarbeiterin wird an einer entsprechenden Fortbildung teilnehmen. Im Rahmen von Teamsitzungen werden die erlernten Inhalte an alle weitergegeben • Im Rahmen der Fortbildungsplanung wird zukünftig noch gezielter nach Fortbildungen zur Resilienzsteigerung geachtet

Indikator Nr. 28	Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments
N=17 Praxen (50,0%) möchten ihren ökologischen Fußabdruck messen	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• Die Praxis arbeitet aktuell an der Umsetzung • Das möchte die Praxis einmal ausprobieren • Ist in Planung

Indikator Nr. 21	Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann
N=16 Praxen (47,1 %) sehen Bedarf, sich zu einem möglichen EDV-Ausfall Gedanken zu machen bzw. sich darauf vorzubereiten	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• Evtl. sollte hier eine Kopier-Vorlage erstellt werden. Weitere Maßnahmen sind zu durchdenken • Es sind laut Auskunft Karteikarten vorhanden, aber es besteht diesbezüglich weiterer Überlegungen • Es dauert ca. 1 Stunde, bis die EDV wieder läuft, nach einem Hackerangriff. Bei Stromausfall können nur Notfälle behandelt werden

Indikator Nr. 01	Den Mitarbeitenden werden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten.
N=14 Praxen (41,2 %) möchten ihren Mitarbeitenden Maßnahmen zur Selbststärkung (Kursteilnahme) anbieten	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• Die Praxis findet die Idee sehr gut und wird dies in der nächsten Teambesprechung diskutieren. • Das Thema wird in der Teambesprechung reflektiert und Handlungsmöglichkeiten werden erarbeitet

Indikator Nr. 24	Die Praxis hält gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit
N=14 Praxen (41,2 %) wollen gesundheitsrelevante Klimainformationen für ihre Patientinnen und Patienten anbieten	
Beispiele von Aussagen in der Teambesprechung	• In die aktuell erarbeitet Patientenbroschüre wird das Thema gesundheitsrelevante Klimainformationen mit aufgenommen • Sensibilisierung von Patienten zu klimarelevanten Themen soll etabliert werden. Dazu soll auch mehr Patienteninformation bereitgestellt werden. • Hier wurde ein To-do formuliert: Welche Themen (z. B. Klimawandel/Hitzeschutz, Medikamentenentsorgung und Verhalten, Ernährung, Mobilität? Materialiensuche, Information der MA, Verantwortlichkeiten festlegen, Umsetzung mit Ausgabe und Info an Patienten (z. B. Hautkrebsscreening)

6.3.3 Ergebnisse der Prozessevaluation

Die Ergebnisse der RESILARE Prozessevaluation orientieren sich an dem Ziel, Einblicke in die Wahrnehmung der Teilnehmenden hinsichtlich der Akzeptanz und des Nutzens der entwickelten Indikatoren für primärärztliche Praxen sowie potenzielle Wirkmechanismen und Impulse der Pilotierung zu gewähren.

Die Berichterstattung über die Erkenntnisse aus der Prozessevaluation in RESILARE integriert die Ergebnisse der Interviewstudie, den beiden schriftlichen Befragungen sowie des Feedbacks der Visitorinnen und Visitoren. Die in der Interviewstudie gesammelten Daten werden als ausreichend und dem Forschungsgegenstand angemessen eingeordnet und ermöglichen eine Ergebniskonsistenz. Zitate aus dem Datenmaterial, die nachfolgend gezeigt werden, sind jeweils mit Angabe zur Gruppe und Nummer der Teilnehmenden sowie der jeweiligen Position im Transkript versehen (A= Arzt/Ärztin, MFA= Medizinische Fachangestellte, # = Position im Transkript).

Soziodemografische Merkmale der an der Umfrage Teilnehmenden

Die Rücklaufquoten der schriftlichen Befragungen betrugen 60,6% (n=40) und 53% (n=35). Um den zeitlichen Aufwand der teilnehmenden Praxen so gering wie möglich zu halten, wurden im Rahmen der Prozessevaluation ausschließlich mit dem ersten Online-Fragebogen soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden erhoben.

Tabelle 12: Charakteristika der Teilnehmenden an der Umfrage

Teilnehmende	N
Schriftliche Online-Befragung	40
Geschlecht (m/w)	18/22
Alter Mittelwert (Spannweite Standardabweichung)	28,8 (26-68; 11,8)
Alter Spannweite 40-49 Jahre (%)	14 (35)
Berufserfahrung in Jahren (Minimum/Maximum)	24,4 (5/43)
Wochenarbeitszeit Stunden (Minimum/Maximum)	41,5 (20/70)
Anderen Arbeitsanweisungen gebend n (%)	31(77)
Interviews	65
Ärztinnen und Ärzte n (m/w)	33 (21/12)
Medizinische Fachangestellte n (w)	32 (32)

Eine Praxis nahm mit zwei Standorten, aber demselben Hausarzt und derselben MFA teil, daher füllten diese die Fragebögen jeweils einmal aus und nahmen je an einem Interview teil. Zwischen dem 25. April und dem 05. September 2023 wurden insgesamt n=65 Telefoninterviews mit Hausärzten (n=33) und MFA (n=32) geführt (mittlere Dauer 21 Minuten; Spanne 11 bis 42 Minuten). Während der Datenerhebung befanden sich die Teilnehmenden entweder an ihrem Arbeitsplatz, zu Hause, oder waren unterwegs. Eine teilnehmende Ärztin nahm gemeinsam mit dem Praxismanager am Interview teil und es wurde keine MFA aus dieser Praxis befragt.

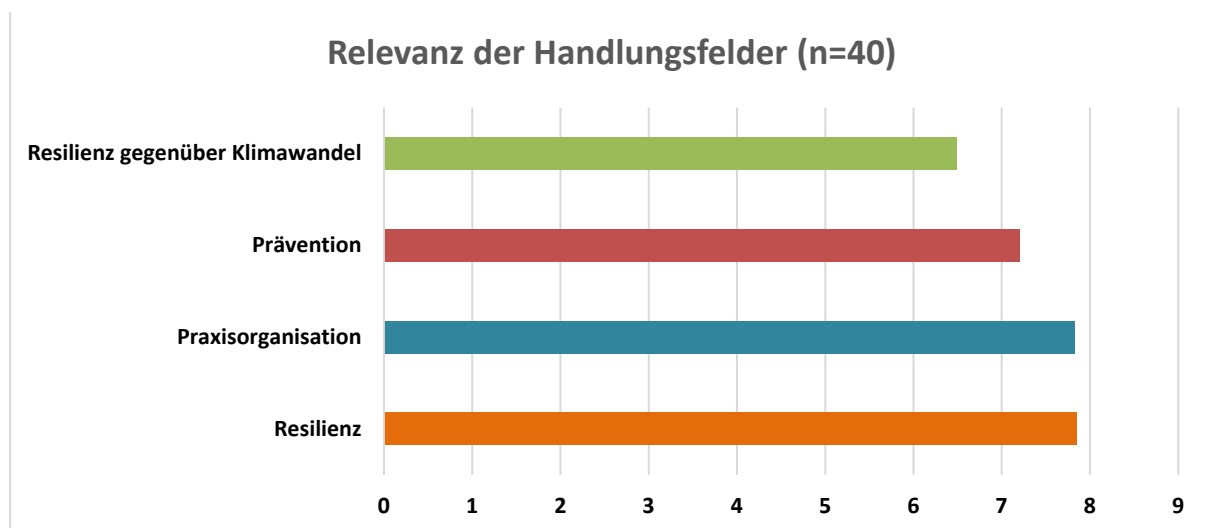
Die Teilnehmenden gaben an, dass sie an der Pilotierung der Indikatoren teilnehmen wollten, weil sie ihre derzeitigen Bemühungen um Krisenresilienz und nachhaltige Gesundheitsversorgung durch das Kennenlernen weiterer Ansätze erweitern und stärken wollten. Sie fühlten sich auch durch die Möglichkeit zur Kombination mit der Überprüfung des obligatorischen Qualitätsmanagements mit optionaler Zertifizierung motiviert. Eine kleine Anzahl von

Hausärztinnen und Hausärzten gab an, dass die Vergütung für die Teilnahme ein entscheidender Faktor gewesen sei. Einige MFA beschrieben, dass die Praxisinhaberin bzw. der Praxisinhaber sie aufgrund ihrer spezifischen Rolle im Team oder Engagement bei besonderen Aufgaben um eine gemeinsame Teilnahme gebeten hatte und sie sich dadurch motiviert fühlten.

Relevanz und Anwendbarkeit der Handlungsfelder und der RESILARE Indikatoren

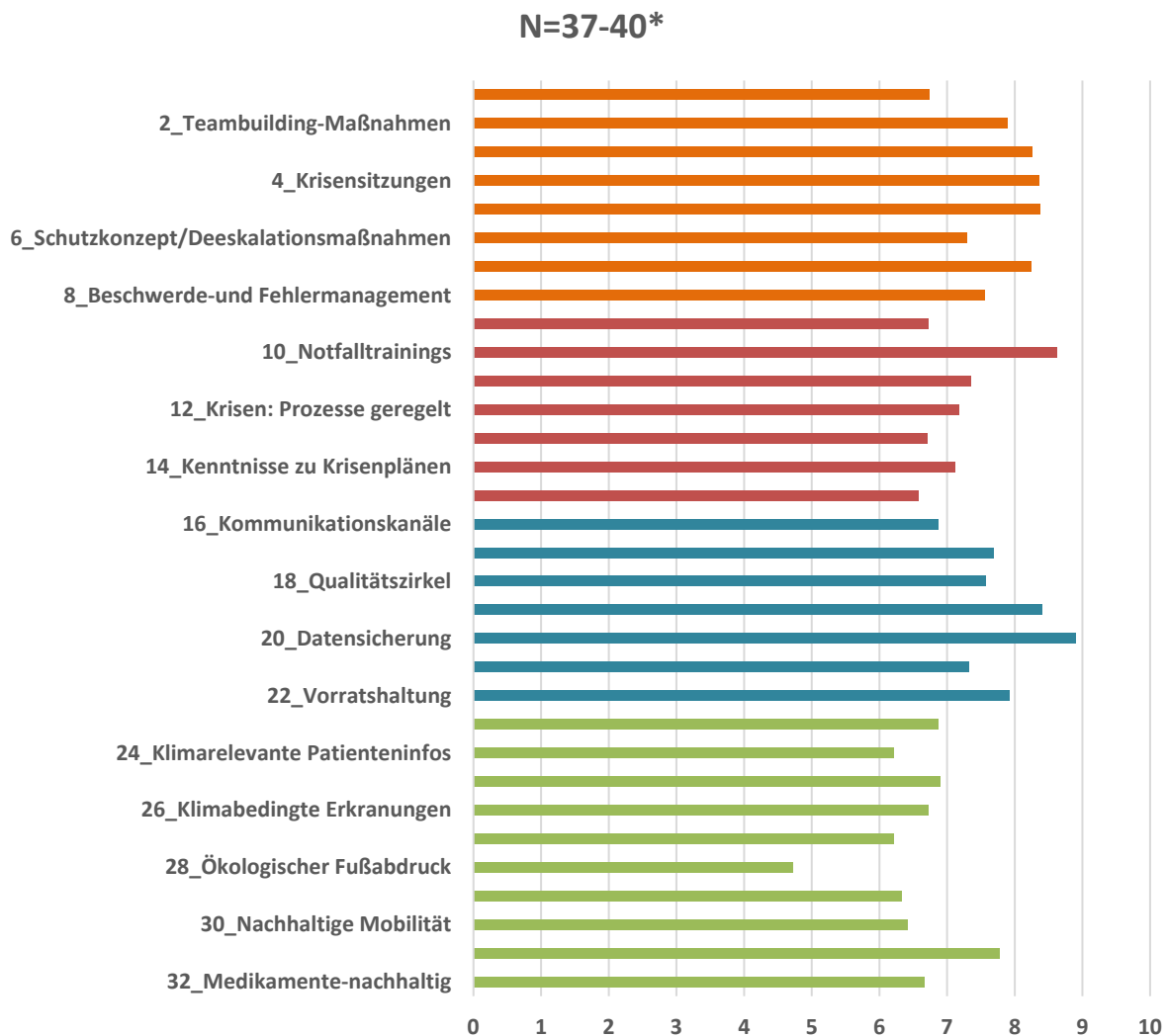
Im ersten Fragebogen wurden die Teilnehmenden gebeten die Relevanz anzugeben, die sie den vier Bereichen im Allgemeinen und jedem einzelnen Indikator beimessen. Auf einer Skala von 1 bis 9 (1=überhaupt nicht relevant bis 9=sehr relevant) wurden die Bereiche individuelle Resilienz (Mittelwert 7,85; SD .81) und organisatorische Resilienz (Mittelwert 7,82; SD .91) am höchsten bewertet, gefolgt von Krisenprävention (Mittelwert 7,2; SD 1,29) und Klima-Resilienz (Mittelwert 6,49 SD 2,01). Alle Indikatoren wurden mit >6 bewertet, mit Ausnahme des Indikators, der sich auf die Messung des ökologischen Fußabdrucks einer Praxis bezieht (Mittelwert 4,72; SD 2,64).

Abbildung 10 und Abbildung 11 veranschaulichen diese Ergebnisse.



Skala 1 bis 9: 1=überhaupt nicht relevant bis 9=sehr relevant

Abbildung 10: Wahrgenommene Relevanz der Handlungsfelder



Skala 1 bis 9: 1=überhaupt nicht relevant bis 9=sehr relevant; *37, 38, 39 oder 40 beantwortete Fragebögen

Abbildung 11: Wahrgenommene Relevanz aller RESILARE Indikatoren

Auf einer Skala von 1 bis 5 wurde die Relevanz nachhaltiger Arbeitsweisen in der ambulanten Versorgung als neutral bewertet (Mittelwert 2,28; SD 1,01). Die allgemeine sachliche Konsistenz der Indikatoren wurde ähnlich bewertet (Mittelwert 2,26; SD 0,55). Vorschläge zur Spezifizierung von Indikatoren in Freitextfeldern bezogen sich vor allem auf die Angabe von Beispielen, um den Inhalt und die Intention eines Indikators auf den ersten Blick transparent zu machen, z. B. in Bezug auf Sicherheitskonzepte, Maßnahmen zur Stärkung der individuellen Resilienz, mögliche Risiken und die Bildung lokaler Netzwerke. Einige Teilnehmer äußerten sich ihre individuelle Skepsis zur Umsetzbarkeit einiger Indikatoren, insbesondere in Bezug auf den politischen oder wirtschaftlichen Kontext, Kompetenzen und Kapazitäten in der Primärversorgung und den ökologischen Fußabdruck von Praxen.

Die qualitativen Daten stimmten weitgehend mit den Umfrageergebnissen hinsichtlich der wahrgenommenen Anwendbarkeit und Relevanz der Indikatoren und der abgedeckten Bereiche überein. Die Teilnehmenden gaben an, sie hielten die Indikatoren für "sehr fundiert und absolut relevant für alle Praxen" (A08, Pos. 21) und für die Umsetzung in verpflichtende Qualitätsmanagementsysteme geeignet. Zwei hausärztlich Tätige und zwei MFA wiesen darauf hin, dass standardisierte Indikatoren schwierig umzusetzen sein könnten, da sich die Praxen individuell unterscheiden und daher einige Indikatoren möglicherweise nicht mit der täglichen Praxis übereinstimmen. Einige Teilnehmende empfahlen eine schrittweise Umsetzung, um den Praxen genügend Raum und Zeit zu geben, entsprechende Maßnahmen und Prozesse zu entwickeln und vorzubereiten. Generell hielten die Teilnehmenden es für wichtig, dass sich

die Praxen mit den Handlungsfeldern auseinandersetzen, insbesondere mit Klimaresilienz und nachhaltiger Versorgung, und betonten die Notwendigkeit, individuell zu überlegen, was in der Praxis im Hinblick auf den Klimaschutz verändert werden könnte und sich mögliche Ansatzpunkte bewusst zu machen.

"Also, es ist sehr wichtig, und ich fand es wirklich gut, einen Moment innezuhalten, und natürlich ist der Umweltaspekt sehr wichtig, in vielen Dingen sind einem die Hände gebunden, aber in manchen Dingen, glaube ich, [...] wenn man es einfach wüsste."
(A04, #25)

Einige Hausärztinnen und Hausärzte sowie MFA gaben an, dass sie sich bereits seit einiger Zeit regelmäßig mit den von den Indikatoren abgedeckten Aspekten befassten, insbesondere im Zusammenhang mit dem Qualitätsmanagement in der Praxis, aber auch im Privatleben. Nur wenige Teilnehmende reflektierten selbstkritisch, dass sie diese wichtigen Themen im Praxisalltag manchmal vernachlässigten. Während ein Hausarzt drei Bereiche als relevant erachtete, stellte er fest, dass die Resilienz gegenüber dem Klimawandel in der Region, in der sich die Praxis befindet, keine Rolle spielen würde und eine nachhaltige Versorgung nicht möglich sei. Eine MFA merkte an, dass "Umwelt und Klima ein bisschen schwierig und ein zweischneidiges Schwert in der Medizin sind" (MFA33, #13), da so viele Einwegartikel vorhanden seien. Hinsichtlich der Umsetzung und Anwendung der Indikatoren wurden vor allem die bestehenden Hygienevorschriften sowie die Unsicherheit über die Relevanz für die Primärversorgung im Allgemeinen bzw. für die eigene Praxis kritisch gesehen.

"Am Anfang fand ich es ein bisschen übertrieben, muss ich sagen, das zur medizinischen Grundversorgung hinzuzufügen, aber mit der Zeit, um ehrlich zu sein, je tiefer man sich mit diesem Thema beschäftigt, desto mehr Sinn macht es, darüber nachzudenken." (MFA06, #23)

Einschätzung der Visitorinnen und Visitoren

Die Visitationen wurden per Videomeeting (n=22), vor Ort (n=10) und aufgrund technischer Schwierigkeiten per Telefon (n=2) durchgeführt. Die Qualitätsmanagement-Expertinnen und -Experten, die die Besuche durchführten, wurden gebeten, jeweils direkt nach erfolgter Visitation ihre persönliche Einschätzung anhand vorformulierter Fragen abzugeben. Sie gaben ihre positive Wahrnehmung hinsichtlich der Resonanz in den Praxisteams und der allgemeinen Akzeptanz der Indikatoren an (9,4 und 8,6; Skala 1 bis 10). Sie hielten auch die Umsetzung der Kernbotschaften in die tägliche Praxis für sehr wahrscheinlich (8,9) und schrieben den Indikatoren einen hohen Einfluss auf zukünftige Entscheidungen in den Praxen zu (8,8). Tabelle 13 zeigt die Fragen an die Visitorinnen und Visitoren und den jeweils ermittelten Wert.

Tabelle 13: Einschätzung der Visitorinnen und Visitoren

Feedbackfragen (n=34)	Skala	Wert
Wie haben Sie die Resonanz des Praxisteams auf den Praxisbesuch erlebt?	negativ-positiv (1 bis 10)	9,4
Wie schätzen Sie die generelle Akzeptanz der Indikatoren in der Praxis ein?	negativ-positiv (1 bis 10)	8,6
Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass die Kernbotschaften des Austauschs nachhaltig in den Arbeitsalltag des Praxisteams integriert werden?	wenig wahrscheinlich- sehr wahrscheinlich (1 bis 10)	9,2
Wie schätzen Sie insgesamt den Einfluss der Indikatoren auf künftige Entscheidungen in dieser Praxis ein?	wenig Einfluss - viel Einfluss (1 bis 10)	9,1

Einschätzung der Teilnehmenden hinsichtlich Visitation und Feedbackbericht

In der schriftlichen Befragung der Teilnehmenden wurde der Gesamtaufwand für die Vorbereitung, Teilnahme und Nachbereitung der Visitation mit einem Mittelwert von 2,45 (Skala 1-5; SD .81) eingestuft. In Bezug auf den Feedbackbericht gaben 57 % der Teilnehmenden an, dass er vollständig verständlich sei, 77 % bestätigten die Klarheit. 80 % begrüßten das Benchmarking und gaben an, auf der Grundlage des Besuchs und des Berichts Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet zu haben. In Freitextfeldern wurden die nach der Visitation und dem Feedback umgesetzten Maßnahmen in Bezug auf Störungs- und Krisenmanagement, Teambildung, Energieeinsparung, Patienteninformationsmaterial und Verhandlungen mit Vermietern angegeben.

Die Interviewteilnehmenden beschrieben die Visitation im Allgemeinen als sehr zielgerichtetes, informatives und nützliches Instrument zur Erprobung der Indikatoren. Die investierte Zeit wurde meist als angemessen betrachtet und entsprach dem wahrgenommenen Nutzen im Hinblick auf den ermittelten Status quo und den Anstoß zur Reflexion, Planung und Umsetzung notwendiger Maßnahmen. Einige Praxen entschieden sich dafür, die Pilotierung mit der Zertifizierung des Qualitätsmanagements zu kombinieren, um Ressourcen zu schonen. Teilnehmende berichteten, dass dies eine getrennte Betrachtung der Pilotierung für sie und die Visitorin oder den Visitor etwas schwierig machte.

"Wir haben während der Visitation nicht nur an der RESILARE-Studie teilgenommen, sondern sie war auch Teil unserer Qualitätsmanagement-Zertifizierung, so dass es für uns und den Visitor etwas schwierig war, beides zu trennen, weil sich einige Inhalte einfach überschneiden [...], ich denke, wir haben die Auswirkungen der Fragen sehr gut verstanden." (A22, # 5)

Ärzte, Ärztinnen und MFA erklärten, dass sie es für eine gute Idee hielten, den Nachhaltigkeitsgedanken nicht nur während einer laufenden Krise zu verfolgen, sondern sich auch während der Visitation in vorbereitender Weise darauf zu konzentrieren. Es wurde erwähnt, dass der Besuch und der Feedbackbericht eine Bestätigung dafür lieferten, dass man hinsichtlich möglicher Verbesserungsmaßnahmen auf dem richtigen Weg sei. Die meisten Teilnehmenden schilderten ihre Erwartung, durch den Feedbackbericht zusätzliche Impulse zu erhalten und über bewährte Verfahren zu lernen. Während einige Ärztinnen und Ärzte erwarteten vom Benchmarking zu profitieren, erwähnten andere, dass sie konkrete Anregungen, Anleitungen für die Umsetzung geeigneter Maßnahmen und einen Gedankenaustausch mit anderen Praxen schätzen würden. Nur wenige Ärztinnen und Ärzte hatten keine Erwartungen an den Feedbackbericht. Da einige Teilnehmende zum Zeitpunkt der Befragung keine Kenntnis vom Feedbackbericht hatten, wurde der zweite Benchmarking-Bericht per Post verschickt, um eine Informationslücke zu vermeiden.

Basierend auf den Erkenntnissen aus dem Besuch und dem Feedbackbericht berichteten die Teilnehmenden aus beiden Berufsgruppen, dass sie begonnen hatten, To-Do-Listen für ihre Planung von Verbesserungsmaßnahmen zu erstellen und diese während ihrer regelmäßigen Teambesprechungen zu diskutieren. Es wurde als wichtig erachtet, das gesamte Team in die entsprechenden Bemühungen einzubeziehen. Einige Teilnehmende schilderten, dass der Besuch kurz vor einer Urlaubszeit stattgefunden hatte und die Planung von Verbesserungsmaßnahmen erst noch in Angriff genommen werden musste. Bereits geplante oder umgesetzte Maßnahmen bezogen sich auf aktive Fortbewegung für Hausbesuche und Arbeitsweg, Teambildung und Kommunikation, wertschätzenden Umgang und individualisierte Arbeitszeiten, nachhaltige und klimaresiliente Versorgung, Versorgungsmanagement und Reduktion von Einwegmaterialien, Sicherheitskonzepte und Hitzeschutzpläne, Patienteninformation, Notfallplanung und mögliche Stromausfälle, Digitalisierung des Gesundheitswesens, Energieressourcen, Mülltrennung, Umgang mit Störfällen, Anpassung der Praxiszeiten, Sonnenschutz und

energiesparende Klimatisierung in den Sommermonaten, Lüftung in den Wintermonaten, energiesparende Leuchtmittel und Datenspeicherung. Einige Ärztinnen oder Ärzte planten, nach einem Umzug in andere Räumlichkeiten neue Maßnahmen umzusetzen.

"Ich baue gerade eine neue Praxis und kann bereits viele energetische Aspekte umsetzen und die CO₂-Einsparung optimieren. Und dass wir tatsächlich das Thema Fahrrad mehr angehen, unsere Vorbildfunktion, und dass wir auch schauen, dass wir die Patienten motivieren, zu Fuß oder mit dem Fahrrad in die Praxis zu kommen, dass das Thema Nachhaltigkeit wichtiger ist als Parkplätze." (A16, #31)

Umgang mit krisenhaften Situationen

In der ersten schriftlichen Befragung wurde nach der Einschätzung der Teilnehmenden hinsichtlich ihres Umgangs mit krisenhaften Situationen gefragt. Die niedrigste Einschätzung über alle Items war 1, die höchste war 7 (1=überhaupt nicht zutreffend bis 7=vollkommen zutreffend), mit durchschnittlichen Werten von 5,61 bis 6,2. Insgesamt wurden 6 Items mit einem Durchschnitt von 6 und höher eingeschätzt. Die nachstehende Tabelle 14 beschreibt diese Items, Durchschnittswerte und die Standardabweichung.

Tabelle 14: Selbsteinschätzung der Teilnehmenden zum Umgang mit krisenhaften Situationen

Item	N	Min	Max	Ø	SD
Schwierige Aufgaben in der Arbeit gehe ich an, indem ich mir verschiedene Handlungsmöglichkeiten überlege.	40	3	7	6,2	0,97
Wenn ich bei der Arbeit zu aufgeregt werde, kann ich mich so beruhigen, dass ich bald wieder weitermachen kann.	39	3	7	6,1	1,08
In aller Regel betrachte ich problematische Situationen am Arbeitsplatz aus mehreren Perspektiven.	39	1	7	6	1,22
Bei schwierigen Aufgaben am Arbeitsplatz behalte ich mein Ziel im Auge und lasse mich nicht vom Weg abbringen.	39	3	7	6	1,0
Berufliche Probleme betrachte ich als eine Gelegenheit, meine Fähigkeiten einzubringen.	39	3	7	6	1,17
In der Regel überlege ich mir mein Vorgehen gründlich, bevor ich ein Problem am Arbeitsplatz angehe.	38	3	7	6	1,09

Min=niedrigste gewertete Einschätzung; Max=höchste gewertete Einschätzung;
Ø=Durchschnitt der Einschätzungen; SD=Standardabweichung

In Bezug auf aktuelle Krisen waren die Teilnehmenden der Interviewstudie der Meinung, dass Resilienz im Alltag unerlässlich sei. Sie schilderten Ansätze zur Bewältigung von Medikamentenengpässen. Es wurde ein zeitintensiver Kommunikationsaufwand sowohl mit Patientinnen und Patienten als auch mit den Apotheken beschrieben, wenn bestimmte Medikamente nicht verfügbar waren und Rezepte neu ausgestellt werden mussten. In den meisten Praxen wurde dies als täglicher Vorgang empfunden, der für das Team ressourcenintensiv und für Patientinnen und Patienten frustrierend war. Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte gaben an, routinemäßig mit den Apotheken in ihrer Region zu kommunizieren, um tägliche Verfügbarkeiten zu prüfen. Einige Praxen riefen bei den Apotheken vor der Rezeptausstellung an, andere erhielten von den Apotheken täglich aktuelle Informationen über die Verfügbarkeit von Medikamenten, oder die Informationen wurden über die Patientinnen und Patienten weitergegeben. Ein Allgemeinmediziner sah es als positiven Nebeneffekt an, wenn weniger Antibiotika

verfügbar waren, da weniger Verschreibungen einen Beitrag zur Verringerung des Risikos der Antibiotikaresistenz bedeutet. Ein anderer Allgemeinmediziner war der Ansicht, dass sich die Wahrnehmung von Nachhaltigkeitsaspekten durch Medikamentenknappheit veränderte, wenn Menschen erkennen, dass sie mit weniger auskommen können. Eine Praxis hatte darum gebeten, unbenutzte, nicht abgelaufene Medikamente bei sich zu hinterlegen, um sie an bedürftige Patientinnen und Patienten weitergeben zu können. Es wurde ein Bewusstsein dafür beschrieben, dass ein Medikamentenmangel zu einer nicht-leitlinienkonformen Therapie, zu möglichen Schäden für Patientinnen und Patienten und zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führen kann.

„Die schiere Anzahl der Patienten, die wir betreuen, bedeutet einen enormen Verwaltungsaufwand, da etwa jedes zweite Rezept von der Apotheke korrigiert zurückkommt oder wir mit den Apotheken telefonieren müssen. Wir hatten wirklich ein fast pandemisches Ausmaß an bakterieller Mandelentzündung, und es gab fast kein Penicillin mehr im ganzen Bezirk. [...]. Es ist also schwierig, eine sehr gute, leitlinienkonforme Versorgung zu gewährleisten, wenn die Medikamente einfach nicht verfügbar sind. Und das den Patienten zu erklären, die ja meistens sowieso ganz nett sind, aber die Frustration steigt, da muss man ehrlich sein.“ (A21, #31)

Nur wenige Teilnehmende waren der Meinung, dass sie nicht mit Krisensituationen im Zusammenhang mit der Energieversorgung und den Energiekosten, mit Personen, die von Krieg und Migration betroffen sind, und mit der Inflation konfrontiert waren, während die meisten sich täglich betroffen fühlten und ihren Umgang mit entsprechenden Krisensituationen detailliert beschreiben konnten. Es wurde erwähnt, dass Krisensituationen ruhig angesprochen und mit den Patientinnen und Patienten besprochen wurden, wenn sie aktiv angesprochen wurden oder wenn der Eindruck entstand, dass eine Beratung angezeigt war. Insbesondere die ärztlichen Teilnehmenden äußerten sich besorgt über das wirtschaftliche Wohlergehen ihrer Praxen und ihrer Teams und erklärten, es sei wichtig, sich der Verantwortung als Arbeitgeber und der Schutzfunktion einer hausärztlichen Praxis bewusst zu sein. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass einige Patientinnen und Patienten angesichts der höheren Lebenshaltungskosten möglicherweise nicht in der Lage sind, sich notwendige Medikamente zu leisten. Ein Allgemeinmediziner erwähnte, dass MFA oft mehr über traumatisierende Krisensituationen erfahren, wenn sie einen Wundverband wechseln, als der Arzt oder die Ärztin während einer Konsultation. Als Krisenreaktion würden solche Vorfälle dann in Teamsitzungen besprochen, um die Belastung zu teilen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

„Nun, es wird einem jeden Tag vor Augen geführt, wie wichtig Resilienz ist. Weil es so allgegenwärtig ist, man wird jeden Tag mit diesen Krisenthemen konfrontiert [...] Ich muss vorbereitet sein, wenn es nicht klappt. [...] Und dass wir das eigentlich an die Patienten weitergeben.“ (A16, #39)

Im Hinblick auf die Inflation und den Kostenanstieg sprachen sich die Teilnehmenden für die Anwendung von Kostensenkungsstrategien aus, z. B. für die verstärkte Nutzung erneuerbarer Energiequellen, die Senkung des Gesamtenergieverbrauchs, etwa durch das Ausschalten von Ultraschall- und anderen Geräten, ein nachhaltiges Versorgungsmanagement und den Einsatz von Elektromobilität bei Hausbesuchen. Die Teilnehmenden blickten auch über den Tellerrand ihrer eigenen Praxen, Patientinnen und Patienten und Teams hinaus und äußerten, dass sie angesichts der aktuellen Krisen ein Gefühl der Hilflosigkeit, Unsicherheit und Angst vor zukünftigen Entwicklungen, Überforderung, Depressionen und den Verlust einer unbeschwerten Welt um sie herum und für sich selbst bemerkten.

"Letztlich müssen wir abschätzen, was das für uns bedeutet, zum Beispiel die Sprengung eines Staudamms, das Wasser kommt nicht direkt hier an, aber es hat Auswirkungen, [...] wir reden über Elektroautos und CO₂, und was da an einem Tag passiert - ich übertreibe - ist manchmal das, was in Deutschland in einem Jahr passiert, aber wir reden über Umweltkatastrophen und ähnliche Dinge, und das, was da passiert, ist eine schiere Umweltkatastrophe, und das hat alles mit uns zu tun, auch langfristig, das geht nicht an uns vorbei." (A20, #23)

6.3.4 Finalisierung der Qualitätsindikatoren

Anhand der Ergebnisse der Ergebnis- und Prozessevaluation wurde das Qualitätsindikatorenset finalisiert (Datenblätter siehe Anhang 14 unter Punkt 11). Hierbei wurden vereinzelt Items umformuliert, oder mit Beispielen ergänzt, um deren Verständlichkeit zu erhöhen. Dies betrifft beispielsweise den Indikator „Individuelle Resilienz“ und den Indikator „Regionales Netzwerk“. Weiterhin wurden die bisher verwendeten Arbeitsnamen der vier Handlungsfelder an aktuelle Terminologie und bestehende Resilienztheorien angepasst. Handlungsfeld 1 umfasst Indikatoren, die die Resilienz von Individuen und dem Praxisteam adressieren. Es wurde daher von „Resilienz“ zu „Individuelle Resilienz“ umbenannt. Handlungsfeld 2 zielt auf die Prävention von Krisen ab. Um mögliche Doppeldeutigkeit mit dem Feld der (Krankheits-)Prävention zu vermeiden, wurde das Handlungsfeld von „Prävention“ zu „Krisenprävention“ umbenannt. Handlungsfeld 3 beinhaltet Indikatoren, die Prozesse und Strukturen der Praxis abbilden. Der bisherige Arbeitsname „Praxisorganisation“ wurde daher beibehalten. Handlungsfeld 4 zielt auf die Förderung der Klimaresilienz ab. Um eine gute Lesbarkeit und Eindeutigkeit zu erreichen, wurde das Handlungsfeld von „Resilienz gegenüber dem Klimawandel“ zu „Klimaresilienz“ umbenannt.

Die Qualitätsindikatoren wurden abschließend der Öffentlichkeit über die Projektwebseite zugänglich gemacht. Um den größtmöglichen Nutzen für Praxen zu gewährleisten, wurden die Indikatoren als Selbstassessment veröffentlicht (siehe Anlage 1 unter Punkt 11). Das Selbstassessment ist ein Fragebogen, der die Items aller Qualitätsindikatoren umfasst. Wie eine Checkliste kann er von ärztlichen Praxen ausgefüllt werden, um eine Einschätzung der Resilienz zu erhalten und um Ansatzpunkte zur Förderung der Resilienz in der Praxis aufzuzeigen. Hierzu wurde die ursprüngliche Antwortskalierung von Binär (ja/nein) zu einer „Ampel“ verändert, die die Antwortmöglichkeiten „ja“ (grün), „zum Teil“, „In Planung“ (jeweils gelb) und „nein“ (rot) umfasst.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Im Rahmen der qualitativen Erhebung in Studienphase 1 konnten unter anderem praxisnahe Informationen zu aktuellen und zukünftigen Krisensituationen und deren Bewältigungsstrategien von Praxen ermittelt werden. Auf dieser Basis war es möglich, Strategien und Maßnahmen zur Resilienzförderung auf Praxisebene abzuleiten. Inhaltlich finden sich auch einige dieser Strategien, wie das Vorliegen von strukturierten Handlungsplänen oder auch der flexible Zugang zu Ressourcen wie Material oder Personal, ebenso im veröffentlichten Bericht des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat, 2023) des Jahres 2023 wieder. Dieser enthält jedoch hauptsächlich Hinweise auf Gesundheitssystemebene, was sich auch in der übrigen Literatur widerspiegelt (Biddle et al., 2020; Mustafa et al., 2022). Positiv zeigt sich der Einbezug von nahezu 60 Krisensituationen, die im Rahmen der qualitativen Datenerhebung in Studienphase 1 (Arbeitspaket 2) detektiert werden konnten. Auch hier finden sich Hinweise im Bericht des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat, 2023), der die Bedeutung der Entwicklung von Maßnahmen über mehrere Krisen hinweg hervorhebt. Zudem wird die Phase der Vorbereitung außerhalb von Krisenzeiten als essenziell

beschrieben, was die Relevanz, der im Projekt RESILARE geschaffenen Qualitätsindikatoren und deren Erhebung unterstreicht.

Die Qualitätsindikatoren basieren auf bestehenden Erkenntnissen sowie Primärdaten aus ärztlichen Praxen in Deutschland. Die Pilotierung (Arbeitspaket 6) wurde jedoch ausnahmslos in allgemeinmedizinischen Praxen durchgeführt, um diese vorerst innerhalb eines spezifischen Settings und unter Einbezug der organisatorischen Rahmenbedingungen ähnlich dem etablierten QM-System des Europäischen Praxisassessments zu testen. Daher ist weiteres Verwertungspotenzial der Indikatoren, auch außerhalb der Allgemeinmedizin zu erwarten. Im Rahmen der unten aufgeführten Qualifikationsarbeiten (siehe unter Punkt 9) wurde zudem der potenzielle Einsatz in ambulanten Praxen der Heilmittelversorgung (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) diskutiert und auch für diesen Bereich eine gute Übertragbarkeit gefolgert. Diese Erkenntnis erhöht das Verwertungspotenzial der entwickelten Indikatoren zusätzlich.

Zur Erhebung der qualitativen Daten, die einen Großteil der Basis der Indikatoren bildeten, ist ein Selektionsbias nicht auszuschließen. Erfahrungsgemäß beteiligen sich vor allem besonders engagierte Personen, die dem Thema Resilienz und Klimawandel besonders positiv oder ggf. besonders negativ gegenüberstehen. Vor allem die COVID-19 Pandemie und der Klimawandel werden in der Literatur als Krisen beschrieben, die in der Öffentlichkeit und Wissenschaft intensiv betrachtet und diskutiert werden (Biddle et al., 2020; Pollard et al., 2020; Sachverständigenrat, 2023; Watts et al., 2021). Bei der Rekrutierung von Teilnehmenden wurde daher großer Wert auf bestmögliche Neutralität gelegt und in Bezug auf die anstehenden Themen krisenunspezifisch geworben, um einem Selektionsbias möglichst entgegenzuwirken und den aktuellen Status quo von Klimaresilienz von Praxen abbilden zu können. Besonders bezüglich des Klimawandels zeigte sich sowohl im Bereich der Klimaanpassung als auch hinsichtlich von Maßnahmen zur Mitigation ein breites Meinungs- und Erfahrungsspektrum (Fehrer et al., 2023; Litke et al., 2022) was für eine Minimierung des Selektionsbias spricht.

Die starke Teilnahmebereitschaft in Kombination mit einer durchschnittlich langen Interviewdauer unterstreicht den hohen Gesprächsbedarf der Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten ärztlichen Versorgung hinsichtlich Krisenresilienz und somit auch die Relevanz des RESILARE-Projektes.

Zum Zeitpunkt der ersten Primädatenerhebung und der sich anschließenden Indikatorentwicklung, war die Wissensbasis hinsichtlich Klimaresilienz in ärztlichen Praxen noch gering, bzw. wachsend. Vor dem Hintergrund der Vielzahl an identifizierten potenziellen Krisenszenarien wurden die Indikatoren systematisch in vier Handlungsbereiche eingeordnet, wenngleich eine solche Abgrenzung nicht in allen Fällen eindeutig getroffen werden kann, da einige Krisensituation zusammenhängend und themenübergreifend zu betrachten sind. Einzelne Qualitätsindikatoren wie etwa zu Beschwerdemanagement und Teambesprechungen kommen inhaltlich auch im Rahmen des praxisinternen Qualitätsmanagements zur Anwendung und sind ärztlichen Praxen daher bereits bekannt, da sie Gegenstand des täglichen Handelns und ebenfalls eine Forderung der QM-Richtlinie des G-BA (www.g-ba.de/QM-RL_ik-2024-04-20.pdf) sind.

Die neu entwickelten Indikatoren im Themenfeld Umwelt- und Nachhaltigkeitsbemühungen wurden von den teilnehmenden Praxen zum Teil kontrovers gesehen. Der Indikator, der nach der CO₂-Messung in der Praxis fragt, ist zwar für Praxen interessant: 50 % der Praxen gaben während der Visitation an, dass sie ihren Fußabdruck einmal messen möchten oder bereits ermittelt haben. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde der Indikator allerdings als eher nicht relevant bewertet (Mittelwert 4,7; Skala von 1 bis 10). Andere Indikatoren dieses

Handlungsfelder wurden mit einer höheren Relevanz bewertet: Indikatoren mit Bezug zu Klimawandel wurden mit einem Mittelwert von 6,5 im Vergleich zu den Themenfeldern Resilienz (MW 7,8), Prävention (MW 7,2) und Praxisorganisation (MW 7,8) als etwas weniger relevant eingestuft. Relevant für diese Bewertung könnte auch eine Abwägung von Kosten und Nutzen für die Praxen sein, da für die Erhebung des CO₂-Ausstoßes in der Praxis ein höherer Zeitaufwand erforderlich ist als für die Umsetzung anderer Indikatoren.

Im Rahmen der RESILARE-Intervention wurden 32 Qualitätsindikatoren für die Krisenresilienz in der Primärversorgung erprobt. Ein Indikator adressiert das Thema „Teilnahme an Qualitätszirkeln“ – sowohl auf ärztlicher als auf nichtärztlicher Ebene. Erfahrungsgemäß nehmen überwiegend ärztlich ausgebildete Personen regelmäßig an Qualitätszirkeln teil (www.kbv.de/KBV-Qualitaetsbericht_2023.pdf). Dieser Indikator wurde auch von den ärztlichen Mitarbeitenden zu 100% erfüllt. Bei den nichtärztlich Mitarbeitenden wurde ein Erfüllungsgrad von 50 % erreicht. Für Medizinische Fachangestellte gibt es jedoch auch diverse Angebote (z. B. des Verbandes Medizinischer Fachberufe (www.vmf-online.de)). Aufgrund des Interesses wurde ebenfalls aus dem Projekt RESILARE ein Qualitätszirkel für MFA initiiert und organisiert, welcher aktuell vom aQua-Institut mit Unterstützung einer Mitarbeiterin des Projektpartners QuE angeboten wird. Die Anregung dazu kam von teilnehmenden Studienpraxen und fand auch während der Teambesprechungen im Rahmen der Visitationen den Zuspruch der Praxisleitungen. Vornehmlich sollen im Rahmen der Treffen die Themen des Indikatorsets behandelt werden. Im Mai 2024 fand dazu ein Treffen zu Gewaltprävention und Deeskalationsmaßnahmen statt. Für dieses Thema gibt es gegenwärtig dringenden Handlungsbedarf, wie auch Kampagnen berufsständischer Organisationen (z. B. der Ärztekammer aekn.de) zeigen. Die Unterstützung der Praxisleitungen ist insbesondere bedeutsam für die Einbindung des gesamten Praxisteam und die Motivation dazu gemeinsam Krisenresilienz aufzubauen und etwaige Krisen zu bewältigen (Heller, 2019).

Die teilnehmenden Praxen begrüßten den Einsatz von Qualitätsindikatoren als Impulsgeber und zeigten sich motiviert etwas zu verändern und sich neuen Themengebieten zu öffnen. Das Interesse an dem Projekt wurde generell als sehr hoch beschrieben, dennoch erforderte es mehrere Monate, bis die angestrebte Anzahl an Studienpraxen rekrutiert werden konnte. Als Gründe dafür wurde ein Mangel an Zeit und Personal genannt. Dennoch konnte die geplante Fallzahl erreicht werden und es beteiligten sich Praxen aus dem gesamten Bundesgebiet Deutschland. Sind einzelne Maßnahmen, aus den zum Teil neuen Themengebieten wie z. B. zum Hitzeschutz umgesetzt, dann können künftige Evaluationen ggf. auch Patientinnen und Patienten und weitere an der Versorgung beteiligte Institutionen des Gesundheitswesens miteinbeziehen.

Hausärztinnen und Hausärzte, die an der Prozessevaluation teilnahmen, hielten die RESILARE-Indikatoren für relevant und anwendbar sowie geeignet für eine schrittweise und langfristige Umsetzung im Rahmen des verpflichtenden Qualitätsmanagements in primärversorgenden Praxen. Aspekte der individuellen und organisatorischen Resilienz sowie der Krisenprävention wurden als dringender zu behandeln angesehen als der Aufbau von Klimaresilienz. Alle teilnehmenden Praxen beschrieben den Einsatz von Visitation und Feedbackbericht für die Pilotierung als angemessen und die investierte Zeit als sinnvoll in Bezug auf Status quo, Reflexion, Planung und Umsetzung notwendiger Maßnahmen. Praxen, welche die Pilotierung und ihre Zertifizierung des Qualitätsmanagements kombinierten, empfanden es teilweise als etwas schwierig, die RESILARE-Indikatoren separat zu betrachten, da einzelne Inhalte bereits Gegenstand des täglichen Handelns und über die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (www.g-ba.de/QM-RL.pdf) adressiert werden.

In einem aktuellen Gutachten hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf die Krisenresilienz konzentriert und festgestellt, dass die

Selbstwahrnehmung des Systems, gut organisiert und auf unerwartete Entwicklungen vorbereitet zu sein, trügerisch ist (Sachverständigenrat, 2023). Der Sachverständigenrat ging davon aus, dass Art und Häufigkeit krisenbedingter Herausforderungen nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden können, und empfahl daher, einen „All-Gefahren-Ansatz“ (NEA, 2018) ([www.oecd-nea.org Towards an All-Hazards Approach to Emergency Preparedness and Response](http://www.oecd-nea.org/Towards%20an%20All-Hazards%20Approach%20to%20Emergency%20Preparedness%20and%20Response)) zu verfolgen und das Prinzip „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (Helsinki, 2014) zu stärken. Der Rat empfahl außerdem, dass eine Resilienzstrategie im Hinblick auf potenzielle Störungen auf systemische Resilienz abzielen und eine Vorbereitungsphase, rechtzeitige Erkennung, Auswirkungen und Bewältigung sowie Erholung und Lernen umfassen sollte. Die Vorbereitungsphase außerhalb von Krisenzeiten wurde als entscheidend für die rechtzeitige Ergreifung von Präventivmaßnahmen und die frühzeitige Antizipation, Erkennung und Bewältigung potenzieller Krisen angesehen. Die im Rahmen des RESILARE-Projekts entwickelten und erprobten Qualitätsindikatoren decken den postulierten systemischen „All-Hazards-Ansatz“ ab und konzentrieren sich genau darauf, was in den Vorbereitungsphasen getan werden kann, bevor potenzielle Störungen zu einer Krisensituation für Praxen werden könnten.

Forschung und politische Entscheidungsträger sind bestrebt, systematische Methoden zur Messung und zum Benchmarking der Versorgungsqualität zu entwickeln und anzuwenden, über die in vielen Ländern systematisch in den Leistungsberichten der Gesundheitssysteme berichtet wird. Die Messung von Versorgungsqualität bildet dazu die Grundlage für Strategien zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Insbesondere Zertifizierung, Audit und Feedback, öffentliche Berichterstattung und Bezahlung für Qualität beruhen auf der Verfügbarkeit zuverlässiger Informationen über die Qualität erbrachter Leistungen, um zu ermitteln, inwieweit neue Vorschriften oder Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung funktionieren und tatsächlich Verbesserungen ermöglichen (Busse et al., 2019). Die Kombination von Audit und Feedback ist eine weit verbreitete Strategie bei Maßnahmen zur Verbesserung der Berufspraxis und kann eine Komponente in vielschichtigen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung sein, um Angehörige der Gesundheitsberufe zu veranlassen, ihre Praxis zu ändern, wenn das Feedback entsprechende Hinweise liefert (Ivers et al., 2012; Jamtvedt et al., 2006).

In der RESILARE-Intervention wurden aufsuchende Besuche als Form des Audits eingesetzt, da sie als glaubwürdiges Instrument in der medizinischen Fortbildung gelten (Anthierens et al., 2017; Ivers et al., 2012), die Patientenversorgung verbessern (O'Brien et al., 2007) und eingesetzt werden können, wenn Veränderungen als schwierig zu erreichen gelten (Wensing et al., 2020). Es ist anzunehmen, dass Auswirkungen gering bis mäßig sind und wahrscheinlich größer ausfallen, wenn der Ausgangswert für die Einhaltung einer empfohlenen Praxis niedrig ist und das Feedback intensiver ausfällt (Jamtvedt et al., 2006). In RESILARE wurden Feedback-Berichte zur Verfügung gestellt, um zum praxisindividuellen Status quo und zum Benchmarking zu informieren. So konnten Verbesserungspotenziale in Bezug auf die Krisenresilienz sowohl auf organisatorischer als auch auf individueller Ebene aufgezeigt werden, die als grundlegend für die Reaktion auf eine Krise angesehen (Litke et al., 2022), zur Reflexion und zur Planung von Maßnahmen zur Stärkung der Krisenresilienz angeregt werden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass eine breite Integration der RESILARE-Indikatoren in Qualitätsmanagementsysteme in Verbindung mit einem intensiven Feedback eine regelmäßige Fortschrittskontrolle für einzelne Praxen ermöglichen und auch eine solide Informationsbasis zur Krisenresilienz in der gesamten ambulanten Versorgung schaffen könnte.

Es kann angenommen werden, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens einen Einfluss auf die Versorgungsprozesse haben, was sich wiederum auf die Ergebnisse für Patientinnen und Patienten auswirkt. Es ist auch davon auszugehen, dass die Krisenresilienz für die Aufrechterhaltung der Qualität und Verfügbarkeit der Versorgung entscheidend ist. Angesichts der Komplexität in der Versorgung und des breiten Spektrums an relevanten Aspekten, die sie mit sich bringt, verwenden Qualitätsmanagement- oder Qualitätssicherungssysteme häufig eine

größere Anzahl von Indikatoren zur Messung und Überwachung, was es für Praxen schwierig machen könnte, alle gleichzeitig zu berücksichtigen, um sich auf Krisensituationen vorzubereiten. Die Ergebnisse der Prozessevaluation in RESILARE zeigen, dass die teilnehmenden Praxen diese Bedenken teilten und daher eine schrittweise Einführung in das Qualitätsmanagement vorschlugen. Da das RESILARE-Indikatorenset vier in sich geschlossene Bereiche umfasst, könnte ein solch schrittweiser Ansatz verfolgt werden, indem ein Bereich nach dem anderen betrachtet und umgesetzt wird.

Der Bereich Klimaresilienz wurde als weniger relevant für Primärversorgungspraxen angesehen als die anderen drei Bereiche. Allerdings hat das menschliche Verhalten das Klima und die Umwelt in den letzten Jahrzehnten so tiefgreifend verändert, dass der Klimawandel das künftige Verhalten der Menschen prägen wird, da ernste gesundheitsbezogene Bedrohungen für heutige und künftige Generationen bestehen (Chevance et al., 2023). Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen könnten einen erheblichen positiven Einfluss auf den Klimawandel haben, etwa in Bezug auf Maßnahmen zur Mitigation und Adaptation (Wynes et al., 2018). Zu den Maßnahmen mit großer Wirkung zur Eindämmung des Klimawandels gehört die Nutzung aktiver Verkehrsmittel wie Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen, anstatt ein Auto zu benutzen (Chevance et al., 2023). Mehrere teilnehmende Praxen berichteten, dass sie aktive Verkehrsmittel für Hausbesuche und für den Weg zur Arbeit nutzen, sahen dies jedoch eher als wirtschaftliche Notwendigkeit. Der Schwerpunkt bisheriger Maßnahmen und Überlegungen lag eher auf Recycling von Materialien, Abfallverringerung oder Energieeinsparung durch das Ausschalten von Geräten, wenn sie nicht gebraucht werden.

Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sind aufgefordert, sich mit Nachdruck für die Bekämpfung des Klimawandels zum Wohle der Gesundheit einzusetzen und diese Krise als globalen Gesundheitsnotstand anzuerkennen (Zielinski, 2024). Um das Bewusstsein und eine proaktive Kultur in den Praxen der Primärversorgung zu fördern, sollten Anpassungsstrategien an den Klimawandel als Teil der Aufgaben von Versorgenden wahrgenommen und nicht als Zusatzbelastung zu der bereits hohen Arbeitsbelastung gesehen werden (Litke et al., 2024). Dies könnte dazu beitragen, ungenutzte Potenziale zu realisieren, die Vorbildfunktion im Hinblick auf einen wesentlichen Beitrag zum klimawandelbedingten Verhalten zu gestalten, die Relevanz dieses Bereichs deutlicher zu erkennen und auch den Patienten in einer gezielteren Aufklärung zu vermitteln. Neben der Implementierung entsprechender Indikatoren in das Qualitätsmanagement könnte die Thematisierung dieser Aspekte in Peer-Netzwerken, Qualitätszirkeln und Fortbildungen den Austausch und ein umfassenderes Bewusstsein für die Notwendigkeit von Krisenresilienz in der Primärversorgung fördern.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation tragen zur wachsenden Wissensbasis über die Bedeutung der Resilienz im Kontext der Primärversorgung bei. Bislang stand vor allem die Bewältigung verschiedener Krisen im Mittelpunkt. Die pilotierten RESILARE-Indikatoren befassen sich mit den Dimensionen der individuellen und organisatorischen Resilienz, der Krisenprävention und der Klimaresilienz, um die Resilienz von Primärversorgungspraxen zu stärken, die weit über Aspekte der Bewältigung aktueller Krisen hinausgeht. Die Erprobung der RESILARE-Indikatoren und das anschließende Feedback zum Status quo und zum Benchmarking regten zum Nachdenken und zur Planung von Maßnahmen zur Krisenresilienz an. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Praxen nicht dieselbe Ausgangssituation hatten, so dass die wahrgenommenen Auswirkungen auf Praxisebene wahrscheinlich individuell und möglicherweise gering sind. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Stichprobe möglicherweise eine Verzerrung in Bezug auf Praxen mit ausgeprägtem Interesse am Thema Resilienz und Auswirkungen systemischer Störungen im Gesundheitssektor aufweist. Das starke anfängliche Interesse an der Teilnahme deutet jedoch auf eine wachsende Bereitschaft hin, sich mit dem Konzept der Resilienz und seinem Potenzial für die Primärversorgung auseinanderzusetzen. Die RESILARE-Indikatoren wurden für den Einsatz in ambulanten Praxen entwickelt und

lediglich in Hausarztpraxen erprobt. Es ist möglich, dass andere Fachärzte und ihre Teams andere Erkenntnisse als die beobachtete Stichprobe beisteuern könnten.

Das Projekt RESILARE verfolgte einen Ansatz zur systematischen Implementierung des Themas Krisenresilienz in der Primärversorgung in das Qualitätsmanagement mit der Absicht, Impulse zur Berücksichtigung ungenutzter Potenziale zu geben. Das entwickelte und erprobte Indikatorenset könnte dazu beitragen, die Krisenresilienz in Primärversorgungspraxen systematisch zu stärken und durch die Implementierung in ein Qualitätsmanagement eine hohe Versorgungsqualität bei Störungen zu erhalten. Bei einer solchen Umsetzung sollten die identifizierten potenziellen Herausforderungen berücksichtigt werden, um eine Überforderung der Praxen zu vermeiden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Selbstassessment für ärztliche Praxen

Nach Projektende sollten die Arbeitsergebnisse auch weiteren Qualitätsmanagementverfahren dienen. Dies war ein erklärtes Ziel, welches im Januar 2024 erreicht wurde: Nach Finalisierung des Indikatorsets wurde ein Selbstassessmentbogen in Form einer Checkliste erstellt, die auf der Projektwebseite RESILARE www.aqua-institut.de/resilare allen Interessierten zum Download zur Verfügung steht. Praxen haben somit die Möglichkeit, ihren aktuellen Umsetzungsstand hinsichtlich der Indikatoren zu ermitteln und Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Förderung der Krisenresilienz für ihre Praxis zu erhalten. Die Checkliste ist zudem Teil eines bereits zur Publikation eingereichten Manuskripts (siehe unter Punkt 9).

Austausch auf Ebene der Medizinischen Fachangestellten (MFA-Qualitätszirkel)

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde in Interviews von einigen Praxisteams der Wunsch geäußert, sich mit anderen teilnehmenden Praxen zu den Themenfeldern des Projektes auszutauschen. Ein gemeinsames Projektabschlusstreffen mit den Pilotpraxen konnte Anfang Dezember 2024 vom Konsortialführer aQua-Institut organisiert werden. Die Online-Veranstaltung wurde gemeinsam mit dem Konsortialpartner AMED durchgeführt und informierte sowohl über Ergebnisse als auch eventuell nachfolgende Umsetzungsaktivitäten der Pilotpraxen. Die Veranstaltung bot aber auch Raum für den gemeinsamen Erfahrungsaustausch. Neben den Praxisinhaberinnen und -inhabern waren ebenso die nichtärztlichen Praxisangestellten eingeladen. Es wurde die in Visitationen bereits aufgekommene Idee einen späteren Austausch auf Ebene der Angestellten zu initiieren wieder aufgegriffen.

In Form eines strukturierten Qualitätszirkels fanden mittlerweile zwei dieser Treffen (März und Mai 2024) für MFAs statt. Ein weiteres ist für September 2024 in Planung. Neben Mitarbeitenden aus den Pilotpraxen meldeten sich auch Teilnehmerinnen aus anderen Praxen und Arztnetzen dazu an. Ziel der Treffen ist es, anhand der RESILARE-Indikatoren Handlungsempfehlungen zur praktischen Anwendung zu erarbeiten sowie Ideen und Tipps weiterzugeben, von denen die teilnehmenden Praxen profitieren können. Die virtuellen Treffen werden inhaltlich vorbereitet, z. B. zum Thema „Deeskalationsmaßnahmen bei aggressiven Patientinnen und Patienten“ und protokolliert. Die Organisation und inhaltliche Vorbereitung läuft aktuell über das aQua-Institut, die Moderation übernimmt eine für Kommunikationstrainings ausgebildete Mitarbeiterin des Projektpartners QuE (Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz eG, Nürnberg). Die Treffen werden über den Newsletter des Europäischen Praxisassessments, auf der beruflichen Netzwerkseite LinkedIn® des aQua-Instituts, der RESILARE-Website sowie mündlich bekannt gegeben. Die Teilnehmerzahlen liegen aktuell zwischen 6 bis 10 Personen, das Feedback der Teilnehmerinnen fällt durchweg positiv aus.

Qualitätssiegel Nachhaltige Praxis

Da die Auswirkungen des Klimawandels einen entscheidenden Einfluss auf die gesamtgesellschaftliche Entwicklung und die Patientenversorgung haben, hatte sich das aQua-Institut parallel zum RESILARE-Projekt einem anderen Projekt, in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse gewidmet, welches Nachhaltigkeitsaktivitäten in Praxen unterstützt. Die Indikatoren des vierten Handlungsfeldes (Klimaresilienz), begleiteten und dienten der Information für die Entwicklungen des Qualitätssiegels Nachhaltige Praxis. Das Qualitätssiegel kann von ambulanten ärztlichen Praxen, Zahnarztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren seit dem Sommer 2023 erlangt werden. Nähere Informationen sind auf den Webseiten des aQua-Instituts unter www.aqua-institut.de/qualitaetssiegel-nachhaltige-praxis/projektpartner zu finden.

Qualitätsindikatoren für den Band der AOK-QISA-Reihe

Auf Grundlage der Vorarbeiten des RESILARE-Projektes, insbesondere des vierten Handlungsfeldes (Klimaresilienz) erfolgt seit Mai 2024 eine Zusammenarbeit mit dem AOK-Bundesverband. Ein neu zu erstellender QISA-Band fokussiert dabei auf klimabezogene Aspekte der Patientenversorgung (Nachhaltige Lebensstilberatung, Patienteninformationen, Identifizierung und Beratung von Risikogruppen, Hitzeschutzmaßnahmen) und behandelt das Thema der rationalen Pharmakotherapie. Des Weiteren sollen für den Band definierte Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung um- und eingesetzt werden, um die Versorgungsqualität im Sinne einer klimaadaptiven- und krisenresilienten Versorgung zu verbessern. Praxisnahe, qualitätsrelevante Indikatoren sollen Praxen einen evidenzbasierten Denkansatz bieten, um die Qualität der Versorgung im Hinblick auf zukünftige Umweltveränderungen und den damit verbundenen Krisen zu verbessern und sicherzustellen. Dabei werden präventive Aspekte sowie leitliniengerechte Versorgung und Therapie genauso berücksichtigt, wie die Vermeidung von Überversorgung und der sparsame Umgang mit Ressourcen wie Wasser, Strom, Materialien und Arzneimitteln.

Aufnahme von Qualitätsindikatoren in das QM-System Europäisches Praxisassessment (EPA)

Sobald alle Ergebnisse des Projektes RESILARE veröffentlicht sind, stehen diese den etablierten, indikatorbasierten QM-Systemen zur Verfügung. So wird auch eine Aufnahme von einzelnen Indikatoren für das Europäische Praxisassessment beim aQua-Institut mit den Mitgliedern der Stiftung Praxissiegel e. V. diskutiert werden. Da einer Aufnahme in die bestehenden EPA-Indikatorensets (für verschiedene Fachdisziplinen) ein umfassend formaler sowie technischer Prozess vorangestellt ist, muss eine Aufnahme sorgfältig geplant werden. Darüber hinaus kann geprüft werden, welche Indikatoren nach Implementierung in Praxen ggf. für eine Patientenbefragung und welche Indikatoren ggf. für eine optionale Zertifizierung geeignet sind.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Bei Projektstart wurde, wie eingangs erwähnt, eine eigene projektspezifische Website (<https://www.aqua-institut.de/resilare>) durch aQua erstellt. Diese wurde regelmäßig gepflegt und mit den aktuellen Informationen versehen, wie z. B. zu den erfolgten Veröffentlichungen und Kongressteilnahmen. Ab August 2021 war es möglich mit dem Webanalytics Tool von Matomo die Anzahl von Besuchern für die Website zu erfassen. Die nachstehende Tabelle informiert darüber.

Tabelle 15: Zugriffe auf Projektwebsite (von Aug. 2021 bis Ende März 2024)

Jahr	ab 08/2021	2022	2023	bis 03/2024
Zugriffe	79	433	342	161

Darüber hinaus wurden während der Projektlaufzeit Informationen über den Account des aQua-Instituts beim sozialen Netzwerk zur Pflege bestehender Geschäftskontakte „LinkedIn“ bekannt gegeben. Insgesamt wurden dort vier Beiträge (Rekrutierung, Publikation, Kongress-teilnahme, Projektabschluss) veröffentlicht.

Erfolgte Publikationen:

Die Konsortialführung und der beteiligte Konsortialpartner leisteten und leisten einen aktiven Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit, auch über den Projektzeitraum hinaus. Zur Publikation vorgesehene Artikel und Kongressbeiträge wurden und werden im Konsortium zirkuliert und konsentiert.

2024

Litke, N.A., Poß-Doering, R., Fehrer, V. et al. Building climate resilience: awareness of climate change adaptation in German outpatient medical practices. BMC Health Serv Res 24, 184 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10664-2>

Poß-Doering R, Koetsenruijter J, Litke N, Weis A, Köppen M, Kümmel S, Szecsenyi J, Wensing M. Strengthening crisis resilience in German primary care by using quality indicators: Findings of a process evaluation in the RESILARE project. Eingereicht am 26.02.2024 bei: Archives of Public Health (Submission ID aad2bf00-40eb-4abf-a784-9a6eca9b96ac), angenommen am 13.09.2024.

Litke N, Poß-Doering R, Weis A, Koetsenruijter J, Köppen M, Kümmel S, Broge B, Wensing M, Szecsenyi J. Qualitätsindikatoren zur Förderung von Krisenresilienz in primärärztlichen Praxen im Projekt RESILARE. Zeitschrift für Allgemeinmedizin; Einreichung 14. Juni 2024, angenommen am 12.09.2024.

Köppen M. Praxis im Klimawandel – Ein QM-Thema? Der Hausarzt 08/2024 [praxis-im-klimawandel-ein-qm-thema \(hausarzt.digital\)](https://www.hausarzt.digital/praxis-im-klimawandel-ein-qm-thema)

Köppen, M., Litke, N. und Poß-Doering, R. (2024). Resiliente Praxisgestaltung - Krisen. In: Die grüne Arztpraxis, Hrsg. Von Gierke F, Keller G, Metzger N., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 1. Auflage, ISBN: 978-3-95466-867-0

2023

Litke, N.A. (2023). Climate Change as a Topic for Health Services Research. In: Foundations of Health Services Research, Hrsg. Wensing, M. und Ullrich, C., Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29998-8_24

Fehrer V, Poß-Doering R, Weis A, Wensing M, Szecsenyi J, Litke N. Climate change mitigation: Qualitative analysis of environmental impact-reducing strategies in German primary care. Eur J Gen Pract. 2023 Dec;29(1):2232946. doi: 10.1080/13814788.2023.2232946. PMID: 37578422; PMCID: PMC10431721.

Köppen M. Krisenresilienz in der Praxis. Der Hausarzt 06/2023. [Krisenresilienz in der Praxis | Qualitätsmanagement \(hausarzt.digital\)](https://www.hausarzt.digital/Krisenresilienz-in-der-Praxis-Qualitätsmanagement)

2022

Litke N, Weis A, Koetsenruijter J, Fehrer V, Koeppen M, Kuemmel S, Szecsenyi J, Wensing M. Building resilience in German primary care practices: a qualitative study. BMC Prim Care. 2022 Sep 2;23(1):221. doi: 10.1186/s12875-022-01834-4. PMID: 36056323; PMCID: PMC9436723.

Litke, N., Weis A. (2022). Klimaschutz in der Gesundheitsversorgung – Hype oder Hoffnung? Gesundheitswesen aktuell 2022. Uwe Repschläger, Claudia Schulte (Hrsg.). BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung. <https://doi.org/10.30433/GWA2022-150>

Kongressbeiträge

2024

Poß-Doering R, Litke N, Koetsenruijter J, Köppen M, Szecsenyi J, Wensing M. Using quality indicators to strengthen crisis resilience in primary care. EQUIP 2024, 27.04.2024, Gent. (Abstract und Vortrag)

2023

Poß-Doering R, Koetsenruijter J, Litke N, Kümmel S, Köppen M, Szecsenyi J, Wensing M. Krisenresilienz primärärztlicher Praxen unterstützen. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 57. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Berlin, 28.-30.09.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2023. DocV-15-02. doi: 10.3205/23degam086. [GMS | 57. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin | Krisenresilienz primärärztlicher Praxen unterstützen \(egms.de\)](#) (Abstract und Vortrag)

Litke N.A., Poß-Doering R, Fehrer V, Kümmel S, Köppen M, Szecsenyi J, Wensing M. Wahrnehmung der Auswirkungen des Klimawandels in der Primärversorgung in Deutschland. [GMS | 57. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin | Wahrnehmung der Auswirkungen des Klimawandels in der Primärversorgung in Deutschland \(egms.de\)](#) (Abstract und Vortrag)

Leitsmann M., Broge B, Köppen M, Szecsenyi J., Litke N, Poß-Doering R. Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen – RESILARE. 8. Österreichischer Primärversorgungskongress in Graz, 15.09.2023 (Abstract und Postervortrag)

Köppen M. Kümmel S, Litke N, Weis A. Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen – RESILARE. 24. Jahrestagung des EbM-Netzwerks, EbM-Kongress in Potsdam, 22. bis 24.03.2023 (Abstract und Postervortrag)

Qualifikationsarbeiten:

In der Projektlaufzeit wurden zwei Qualifikationsarbeiten anhand von Projektdaten erstellt: Frau Valeska Fehrer absolvierte 2021 zunächst ein Forschungspraktikum im Rahmen des Masterstudiengangs Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen (M.Sc.) der Universität Heidelberg im RESILARE-Projekt. Im Anschluss an das Praktikum erarbeitete Frau Fehrer 2022 ihre Masterarbeit zum Thema „Mitigation in ärztlichen Praxen“ anhand eines Teils der qualitativen Daten aus Studienphase 1 (Arbeitspaket 2). Sie erstellte dazu ein Artikelmanuskript, welches im Fachjournal European Journal of General Practice publiziert wurde (s. Publikationsliste).

Frau Nicola Litke verfasste 2024 ihre Inauguraldissertation zur Erlangung des wissenschaftlichen Grades Doctor scientiarum humanarum an der Universität Heidelberg mit dem Titel „Krisenresilienz des ambulanten Gesundheitswesens“ unter anderem auf Basis von qualitativen Daten der Studienphase 1 (Arbeitspaket 2) und der entwickelten Qualitätsindikatoren.

10. Literaturverzeichnis

- Anthierens, S., Verhoeven, V., Schmitz, O., & Coenen, S. (2017). Academic detailers' and general practitioners' views and experiences of their academic detailing visits to improve the quality of analgesic use: process evaluation alongside a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 841.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2797-8>
- Biddle, L., Wahedi, K., & Bozorgmehr, K. (2020). Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy Plan*, 35(8), 1084-1109.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*, 3(2), 77-101.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Chevance, G., Fresan, U., Hekler, E., Edmondson, D., Lloyd, S. J., Ballester, J., Litt, J., Cvijanovic, I., Araujo-Soares, V., & Bernard, P. (2023). Thinking Health-related Behaviors in a Climate Change Context: A Narrative Review. *Ann Behav Med*, 57(3), 193-204. <https://doi.org/10.1093/abm/kaac039>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44(3), Suppl:166-206. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5338568>
- Dröge, K. (2023). noScribe. AI-powered Audio Transcription (Version 0.4.1).
<https://github.com/kaixxx/noScribe>
- Drucker, P. F. (1977). *People and Performance: The Best of Peter Drucker on Management*. Harper's college Press, New York.
- Engels, Y., Campbell, S., Dautzenberg, M., van den Hombergh, P., Brinkmann, H., Szecsenyi, J., Falcoff, H., Seuntjens, L., Kuenzi, B., Grol, R., & Party, E. P. A. W. (2005). Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract*, 22(2), 215-222. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi002>
- 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(1), 137-147. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi091>
- Fehrer, V., Poss-Doering, R., Weis, A., Wensing, M., Szecsenyi, J., & Litke, N. (2023). Climate change mitigation: Qualitative analysis of environmental impact-reducing strategies in German primary care. *Eur J Gen Pract*, 29(1), 2232946.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2023.2232946>
- Fitch, K., Bernstein, S., Aguilar, M., & Burnand, B. (2001). *The RAND/UCLA Appropriateness Method Users's Manual*. Santa Monica: RAND. DOI: 10.1136/bmj.n71.
<https://doi.org/doi:10.1136/bmj.n71>
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. 4th edition ed2018. xviii.
- Heller, J. (2019). *Resilienz für die VUCA-Welt. Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Helsinki. (2014). The Helsinki Statement on Health in All Policies. *Health Promot Int*, 29 Suppl 1, i17-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau036>
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback:

- effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev(6), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- 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(2), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub2>
- Litke, N., Weis, A., Koetsenruijter, J., Fehrer, V., Koeppen, M., Kuemmel, S., Szecsenyi, J., & Wensing, M. (2022). Building resilience in German primary care practices: a qualitative study. BMC Prim Care, 23(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01834-4>
- Litke, N. A., Poss-Doering, R., Fehrer, V., Koppen, M., Kummel, S., Szecsenyi, J., & Wensing, M. (2024). Building climate resilience: awareness of climate change adaptation in German outpatient medical practices. BMC Health Serv Res, 24(1), 184. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10664-2>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Mustafa, S., Zhang, Y., Zibwowa, Z., Seifeldin, R., Ako-Egbe, L., McDarby, G., Kelley, E., & Saikat, S. (2022). COVID-19 Preparedness and Response Plans from 106 countries: a review from a health systems resilience perspective. Health Policy Plan, 37(2), 255-268. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab089>
- NEA. (2018). Towards an All-Hazard Approach to Emergency Preparedness and Response. OECD Publishing. https://www.oecd-neo.org/jcms/pl_15010/towards-an-all-hazards-approach-to-emergency-preparedness-and-response?details=true
- Nevedal, A. L., Reardon, C. M., Opra Widerquist, M. A., Jackson, G. L., Cutrona, S. L., White, B. S., & Damschroder, L. J. (2021). Rapid versus traditional qualitative analysis using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Implement Sci, 16(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01111-5>
- 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, 2007(4), CD000409. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000409.pub2>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pollard, C. A., Morran, M. P., & Nestor-Kalinowski, A. L. (2020). The COVID-19 pandemic: a global health crisis. Physiol Genomics, 52(11), 549-557. <https://doi.org/10.1152/physiolgenomics.00089.2020>
- Sachverständigenrat. (2023). Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege: Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Szecsenyi, J., Campbell, S., Broge, B., Laux, G., Willms, S., Wensing, M., & Goetz, K. (2011). Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of

- primary care practices. CMAJ, 183(18), E1326-1333.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.110412>
- Szecsényi, J., Stock, J., & Chenot, R. (2009). QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Bd. A: QISA stellt sich vor. KomPart Verlagsgesellschaft.
- 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(3), 167-171. <https://doi.org/10.1136/qshc.8.3.167>
- Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Beagley, J., Belesova, K., Boykoff, M., Byass, P., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., Capstick, S., Chambers, J., Coleman, S., Dalin, C., Daly, M., Dasandi, N., Dasgupta, S., Davies, M., Di Napoli, C., . . . Costello, A. (2021). The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. The Lancet, 397(10269), 129-170.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32290-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32290-x)
- Wensing, M., Grol, R., & Grimshaw, J. (2020). Educational Implementation Strategies. Improving Patient Care. Third Edition ed2020. p. 221-33.
- Wilson, C., & Saunders, W. (1988). Hospital-Wide-Quality Assurance: Models for Implementation and Development. . Journal for Healthcare Quality, 10(2), 32.
- Wynes, S., Nicholas, K. A., Zhaou, J., & Donner, S. D. (2018). Measuring what works: quantifying greenhouse gas emission reductions of behavioural interventions to reduce driving, meat consumption, and household energy use. Environmental Research Letters, 13.
- Zielinski, C. (2024). Time to treat the climate and nature crisis as one indivisible global health emergency. BMJ Quality & Safety, 33(2), 71-73.

Hinweis: Alle im Bericht aufgeführten Links wurden am 15.07.2024 abgerufen und geprüft.

11. Anhang

- Anhang 1: Suchstrategie Literaturrecherche
- Anhang 2: Leitfaden Interview SP1
- Anhang 3: Indikatorenentwürfe
- Anhang 4: Indikatorendatenblätter gesamt_Panel
- Anhang 5: Bewertung Relevanz n. Diskussion
- Anhang 6: GPI_Erhebungsinstrument
- Anhang 7: OC_Erhebungsinstrument
- Anhang 8: OI_Erhebungsinstrument
- Anhang 9: Muster Feedbackbericht 1
- Anhang 10: Muster Feedbackbericht 2_Ergebnisse ges.
- Anhang 11: PE_Fragebogen_Teil1 SP3
- Anhang 12: PE_Fragebogen_Teil2 SP3
- Anhang 13: PE_Interviewleitfaden SP3
- Anhang 14: Indikatorendatenblätter gesamt_Final

12. Anlagen

- Anlage 1: CL_QM_Selbstassessment

Anhang 1: Suchstrategie Literaturrecherche

Thema	A. Herausforderungen durch den Klimawandel	B. Sonstige Krisensituationen	A N D	C. Preparedness und Resilienz
Suchbegriffe	– "Climate Change"[Mesh] – "Ecological and Environmental Phenomena"[Mesh] – "Environment and Public Health"[Mesh]	– "Communicable Diseases, Emerging"[Mesh] – "Disease Outbreaks"[Mesh]		– "Resilience, Psychological"[Mesh] – "Adaptation, Psychological"[Mesh] – "Protective Factors"[Mesh] – "Government Programs"[Mesh] – "Primary Prevention"[Mesh] – "Health Resources"[MeSH Terms] – "risk management/economics"[MeSH Terms] – "risk management/epidemiology"[MeSH Terms] – "risk management/organization and administration"[MeSH Terms] – "risk management/standards"[MeSH Terms]
	– climate change impacts –	– pandemic – epidemic – health threats – threats		– Preparedness – Organisational resilience – Coping strategies – Crisis management – Action plan – Policy implications – Adaptation – climate resilience
	E. Setting			
	– "Primary Health Care"[Mesh] – "Ambulatory Care"[Mesh] – "General Practice"[Mesh]			
Datenbanken	– Pubmed – Cinahl – Web of Science – Cochrane Library			

Suchterms:

Pubmed: ("Climate Change"[MeSH Terms] OR "Ecological and Environmental Phenomena"[MeSH Terms] OR "Environment and Public Health"[MeSH Terms] OR "Primary Prevention"[MeSH Terms] OR "Adaptation"[Title/Abstract] OR "heat wave"[Title/Abstract] OR "climate resilience"[Title/Abstract] OR ("Public Health"[MeSH Terms] OR "Environment and Public Health"[MeSH Terms] OR "communicable diseases, emerging"[MeSH Terms] OR "Disease Outbreaks"[MeSH Terms] OR "health threat"[Title/Abstract])) AND ("resilience, psychological"[MeSH Terms] OR "adaptation, psychological"[MeSH Terms] OR "Protective Factors"[MeSH Terms] OR "Government

Programs"[MeSH Terms] OR "Preparedness"[Title/Abstract] OR "organisational resilience"[Title/Abstract] OR "coping strategies"[Title/Abstract] OR "risk management/economics"[MeSH Terms] OR "risk management/epidemiology"[MeSH Terms] OR "risk management/organization and administration"[MeSH Terms] OR "risk management/standards"[MeSH Terms] OR "crisis management"[Title/Abstract] OR "action plan"[Title/Abstract] OR "policy implications"[Title/Abstract] OR "Health Resources"[MeSH Terms]) AND ("Ambulatory Care Facilities"[MeSH Terms] OR "Primary Health Care"[MeSH Terms] OR "physicians, primary care"[MeSH Terms] OR "Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR "General Practice"[MeSH Terms] OR "General Practitioners"[MeSH Terms])

Cinahl: ((AB adaptation OR AB (global warming and climate change) OR AB environment* OR AB heat wave OR AB (climate change impacts, adaptation, and vulnerability) OR AB climate resilience) OR (AB crisis OR AB public health issues OR AB environmental impact OR AB communicable diseases OR AB (disease outbreaks or pandemic or epidemic) OR AB health threats)) AND (AB (resilience or resiliency or resilient or strengths or coping or hardiness or adaptation) OR AB (adaptation or adjustment or coping or strategies) OR AB government programs OR AB (preparedness or readiness or preparation or prepared) OR AB (organisational resilience or organizational resilience) OR AB crisis management OR AB action plan OR AB policy implications OR AB health resources) AND (AB ambulatory care OR AB ambulatory care facilities OR AB primary health care OR AB (general practice or family practice or primary care or primary health care) OR AB (general practice or gp or doctor or primary care) OR AB physician)

Web of Science: ((TOPIC: (global warming) OR TOPIC: (climate change) OR TOPIC: (environmental health) OR TOPIC: (primary prevention) OR TOPIC: (adaptation) OR TOPIC: (heat wave) OR TOPIC: (climate change impacts) OR TOPIC: (climate resilience)) OR (TOPIC: (crisis) OR TOPIC: (public health issue*) OR TOPIC: (environmental impact) OR TOPIC: (communicable disease*) OR TOPIC: (disease outbreak) OR TOPIC: (pandemic) OR TOPIC: (epidemic) OR TOPIC: (health threat))) AND (((((((((((TOPIC: (resilience) OR TOPIC: (organisational resilience)) OR TOPIC: (adaptation)) OR TOPIC: (government programs)) OR TOPIC: (preparedness)) OR TOPIC: (coping strategies)) OR TOPIC: (risk management)) OR TOPIC: (crisis management)) OR TOPIC: (action plan)) OR TOPIC: (policy implications)) OR TOPIC: (resources))) AND TOPIC: (ambulatory care) OR TOPIC: (ambulatory care facilities) OR TOPIC: (primary health care) OR TOPIC: (general practice) OR TOPIC: (outpatient care) OR TOPIC: (family practice) OR TOPIC: (general practitioner*) OR TOPIC: (physician*))

Cochrane library of systematic reviews: ((MeSH descriptor: [Climate Change] explode all trees OR MeSH descriptor: [Ecological and Environmental Phenomena] explode all trees OR MeSH descriptor: [Environment and Public Health] explode all trees OR MeSH descriptor: [Primary Prevention] explode all trees OR (adaptation):ti,ab,kw OR (heat wave):ti,ab,kw OR (climate resilience):ti,ab,kw)) OR (MeSH descriptor: [Public Health] 1 tree(s) exploded OR MeSH descriptor: [Environment and Public Health] explode all trees OR MeSH descriptor: [Communicable Diseases, Emerging] explode all trees OR MeSH descriptor: [Disease Outbreaks] explode all trees OR (health threat):ti,ab,kw)) AND (MeSH descriptor: [Resilience, Psychological] explode all trees OR MeSH descriptor: [Adaptation, Psychological] explode all trees OR MeSH descriptor: [Protective Factors] explode all trees OR MeSH descriptor: [Government Programs] explode all trees OR (preparedness):ti,ab,kw OR (organisational resilience):ti,ab,kw OR (coping strategies):ti,ab,kw OR MeSH descriptor: [Risk Management] explode all trees OR (crisis management):ti,ab,kw OR (action plan):ti,ab,kw OR (policy implications):ti,ab,kw OR (Health Resources):ti,ab,kw) AND (MeSH descriptor: [Ambulatory Care Facilities] explode all trees

OR MeSH descriptor: [Primary Health Care] explode all trees OR MeSH descriptor: [Physicians, Primary Care] explode all trees OR MeSH descriptor: [Ambulatory Care] explode all trees OR MeSH descriptor: [General Practice] explode all trees OR MeSH descriptor: [General Practitioners] explode all trees)

Ein- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
• System. / ausführliche Literaturrecherchen • Empirische Studien (unabhängig der individuellen Methodik) • Policy reports of establ. organisations • position papers of organisations • Bücher (mit peer review, oder Sammelbänder) • Publikationsjahr: ab 1972 (UN Konferenz „Human Health“) • Theoretical/conceptual papers (Frameworks, ...) • Assessments, questionnaires, toolkits • Sprache: englisch, deutsch	• opinion pieces, • individual opinions, • commentaries, • Blog articles, • Website articles of individuals • Keine Übertragbarkeit auf Primary Care Setting, keine Gesundheitssektor als Setting (city/ country level) • Keine Akutsituationen (Stroke, Unfall), eher auf organisationaler Ebene • Keine Krisen auf individueller bzw. krankheitsbezogener Ebene (z.B. nach Stroke/heart attack/ o.Ä.) • Keine Patientenebene > zB wie geht ein chronisch erkrankter mit Flut um? • Ausschluss von Governmental ebene > nur surveillance/monitoring public health Ebene raus • Präventionsmaßnahmen einzelner Szenarien (zB. Maßnahmen zur Hitzeschutzprävention) • Reaktionen/Erfahrungen mit Krisen (nur Adaptation) • Keine konkreten Evakuierungspläne, Handlungspläne, wenn ein Szenario eintritt. • Keine Epidemie von non-communicable diseases • Kein Coping mit PTBS nach Krise/Trauma



Perceived effect for practices

Pseudonym.: _____

Datum: _____

RESILARE Studienphase 1

Interviewleitfaden für Experteninterviews

Mitarbeitende in Arztpraxen

Einführung:

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio), Datenschutz: pseudonymisierte Transkription und Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Tonaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten.
- Pers. Meinungen und Einschätzungen, keine Zahlen
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf des Interviews; Dauer des Interviews insgesamt etwa 30-45 Minuten.

„Gibt es von Ihrer Seite aus VOR dem Interview weitere Fragen oder Unklarheiten?“

„Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an diesem Interview teilzunehmen. Wir möchten innerhalb des Projektes RESILARE Wege finden, um Arztpraxen bei der Bewältigung von verschiedenen Krisensituationen zu unterstützen.“

Block 1: Krisenresilienz

1. Wenn Sie in Ihre bisherigen Erfahrungen in Ihrer Praxis zurückdenken. Was gab es denn da vielleicht für Situationen, die Sie als „Krise“ bezeichnen würden?
 - a. Was hat die jeweilige Situation zu einer Krise gemacht?
 - i. Was verstehen Sie für Ihre Praxis als Krise?
2. Wenn Sie jetzt nochmal an die jeweilige Situation zurückdenken und die verschiedenen Erfahrungen, die Sie in Krisen gemacht haben, reflektieren...
 - a. Welche Strategien haben geholfen, um die Krisen zu bewältigen?
 - i. Was ist dabei besonders gut gelungen? Woran lag das?
 - ii. In wie fern haben Sie sich dabei auf bestehende Handlungsempfehlungen bezogen? Was waren die Gründe dafür?
 - b. Was hat nicht funktioniert?
 - c. Als die Krise vorbei war, was hat sich in Ihrer Praxis daraufhin verändert? (Zum Positiven, aber auch zum Negativen)
3. Wie würden Sie generell die Krisenfestigkeit von Arztpraxen einschätzen?
 - a. Was denken Sie benötigen Arztpraxen im Allgemeinen, um erfolgreich mit Krisen umgehen zu können?
 - i. Im Bereich Training, Kompetenzen der Mitarbeiter in der Praxis?
 - ii. Im Bereich Praxisorganisation? (Ausstattung, Erreichbarkeit, Personal)
 - iii. Im Bereich Patienteninformation und -Beratung
4. Wenn Sie in die Zukunft blicken, welche Krisen sehen Sie da? Was für weitere, vielleicht neue Krisen würden Sie erwarten?

Block 2: Der Klimawandels als Gesundheitskrise

5. Der Klimawandel wird in einigen Studien als die größte Bedrohung der globalen Gesundheit des 21. Jahrhunderts bezeichnet. Was könnte diesbezüglich auf Arztpraxen in Deutschland zukommen?
 - a. Wie wirkt sich das vielleicht auf Arztpraxen aus?
 - i. ...auf das Praxisteam?
 - ii. ...auf den Praxisbetrieb an sich? (z.B.: Wasser wird knapp bei Dürre, Stromausfall, extreme Wetterlagen, Hitze in der Praxis, ...)
 - iii. ... auf Patient*innen?
6. Als eine der möglichen Folgen des Klimawandels wird die Zunahme von Hitzewellen in Deutschland thematisiert, die auch gesundheitliche Folgen mit sich bringen.
 - a. In wieweit spielt das in Ihrem Praxisbetrieb bisher eine Rolle?
 - b. Welche Ratschläge geben Sie Ihren Patienten?
 - c. Wie schätzen Sie in diesem Zusammenhang diese neue DEGAM-Leitlinie ein?
7. Ein weiteres Beispiel ist das Auftreten von tropischen Erkrankungen in Deutschland.
 - a. In wieweit spielen diese in Ihrem Praxisbetrieb bisher eine Rolle?

Mitigation

Es wird auch viel diskutiert, was zum Beispiel die Industrie oder auch jeder Einzelne zum Klimawandel beiträgt. Stichwort ist da der ökologische Fußabdruck. Da werden ja Maßnahmen diskutiert, den individuellen ökologischen Fußabdruck zu reduzieren, wie z.B. dass man weniger mit dem Flugzeug reist.

8. Was denken Sie können Arztpraxen dazu beitragen, den ökologischen Fußabdruck des Gesundheitswesens zu reduzieren?
 - a. Welche Maßnahmen, die auf eine solche Reduzierung zielen, kennen Sie vielleicht bereits?
 - i. ...in Bezug auf Materialverbrauch in der Patientenversorgung?
 - ii. ...in Zusammenhang mit Medikamenten bzw. Antibiotika?
 - iii. ...in Bezug auf Wasser- und Energieverbrauch in der Patientenversorgung?
 - iv. ...in Bezug auf einen gesunden und klimafreundlichen Lebensstil?
 - b. Was genau denken Sie könnte in dieser Hinsicht verbessert werden?
 - i. ...in Bezug auf die Maßnahmen selbst?
 - ii. ...in Bezug auf die Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Maßnahmen?
 - c. Welche Schwierigkeiten können dahingehend auftreten?
 - d. Wie präsent sind Ihrer Einschätzung nach die Themen Klimawandel und Nachhaltigkeit in deutschen Arztpraxen im Allgemeinen?

Abschluss/Fazit/Zusammenfassung

9. Ziel von RESILARE ist es, Qualitätsindikatoren zur Unterstützung von Arztpraxen in der Bewältigung von Krisensituationen wie Hitze- und Krankheitswellen, die zB in eine Checkliste für Arztpraxen einfließen können, zu entwickeln. Wenn Sie an die eben angesprochenen Themen denken, was genau sollten Ihrer Ansicht nach solche Indikatoren berücksichtigen?
10. Wir haben einige Aspekte heute besprochen, welche haben wir vielleicht noch nicht berücksichtigt?

Anhang 3: Indikatorenentwürfe

Themenblock Unterthema möglicher Indikator Beschreibung Evidenzgrundlage

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
Krisenresilienz	Individuelle Resilienz	In der Praxis werden regelmäßige Maßnahmen zur Stärkung der individuellen Resilienz aller Mitarbeitenden durchgeführt.	Die individuelle Resilienz meint das individuelle Befinden der Mitarbeitenden und deren individuelle Ressourcen, um Krisensituationen bewältigen zu können. Maßnahme zur Stärkung der Resilienz kann beispielsweise ein Achtsamkeitstraining sein.	- Interviewdaten · Jutta Heller (Hrsg.) Resilienz für die VUCA-Welt: Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Springer Verlag; 2019 ISBN 978-3-658-21043-4 https://doi.org/10.1007/978-3-658-21044-1 - Rieckert A, Schuit E, Bleijenberg N, et al. How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 2021;11:e043718. doi:10.1136/bmjopen-2020-043718
	Teamresilienz	In der Praxis werden regelmäßig Teambuildingmaßnahmen durchgeführt, die alle Mitarbeitenden einschließen.	Maßnahmen können beispielsweise das Wahrnehmen einer externen Beratung bei Konflikten im Team, Workshops, Betriebsausflüge, weitere Teamaktivitäten und Ähnliches sein.	Interviewdaten · Jutta Heller (Hrsg.) Resilienz für die VUCA-Welt: Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Springer Verlag; 2019 ISBN 978-3-658-21043-4 https://doi.org/10.1007/978-3-658-21044-1
		In der Praxis werden regelmäßige Teamsitzungen durchgeführt.	Wichtige Hinweise zur Durchführung der Teamsitzungen: - Alle Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, an den Teambesprechungen teilzunehmen	Interviewdaten · Jutta Heller (Hrsg.) Resilienz für die VUCA-Welt: Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Springer Verlag; 2019 ISBN 978-3-658-21043-4 https://doi.org/10.1007/978-3-658-21044-1

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
			- Die Frequenz wird in Krisensituationen erhöht (bis zu ein Mal täglich, je nach Bedarf) - Das Individuelle Befinden der Mitarbeitenden wird aktiv angesprochen, Es wird Raum geschaffen für emotionale Aspekte und Anliegen - Alle Mitarbeitenden haben die Möglichkeit Beschwerden/ Ideen/ Verbesserungswünsche einzubringen - Es wird Raum geschaffen für Patientenanliegen und -beschwerden.	• Rieckert A, Schuit E, Bleijenberg N, et al. How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 2021;11:e043718. doi:10.1136/ bmjopen-2020-043718 • > Bereits bestehender Indikator bei aQua, Modifizieren nach Interviewergebnissen. (z.B. emotionales Befinden mit einbeziehen)
		Alle Mitarbeitenden mit Personalverantwortung nehmen regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen zur Mitarbeiterführung teil.	In der Praxis soll ein wertschätzender, motivierender Führungsstil etabliert werden. Hierarchische Strukturen sollten sich eher flach gestalten. Eine transparente und intensive Kommunikation im Team soll gegeben sein, eine offene Fehlerkultur gefördert werden. Die Kommunikation muss u.a. auch die unterschiedlichen Bildungsgrade der Mitarbeitenden berücksichtigen.	• Interviewdaten • Jutta Heller (Hrsg.) Resilienz für die VUCA-Welt: Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Springer Verlag; 2019 ISBN 978-3-658-21043-4 https://doi.org/10.1007/978-3-658-21044-1
Reflexion		In der Praxis wird eine regelmäßige Reflexion durchgeführt.	In der Praxis ist eine regelmäßig durchgeführte Reflexion etabliert. Die Reflexion umfasst:	• Interviewdaten • Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
			- Alle Mitarbeitenden sollten teilnehmen - Es wird zunächst auf den vergangenen Zeitraum geschaut und folgende Leitfragen offen diskutiert > Was lief gut? Was lief nicht gut? Was sollte verändert werden? - Abschließend werden Ziele festgelegt, die für den kommenden Zeitraum umgesetzt werden. - Die Überprüfung der Zielerreichung findet dann im Rahmen der nächsten Reflexion bei Betrachtung des vergangenen Zeitraumes statt. - Frequenz: zum Beispiel 1/Jahr oder 1/Halbjahr	· Jutta Heller (Hrsg.) Resilienz für die VUCA-Welt: Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Springer Verlag; 2019 ISBN 978-3-658-21043-4 https://doi.org/10.1007/978-3-658-21044-1 „Eine resiliente Organisation evaluiert ihre Ergebnisse, um von Erfahrungen zu lernen und Chancen zu erkennen.“
		In der Praxis ist ein konstruktives Fehlermanagement etabliert.	Die Praxis lässt eine konstruktive und offene Fehlerkultur zu. Hierzu zählt auch die Etablierung eines Beschwerdemanagements für Patient:innen.	Interviewdaten · Jutta Heller (Hrsg.) Resilienz für die VUCA-Welt: Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Springer Verlag; 2019 ISBN 978-3-658-21043-4 https://doi.org/10.1007/978-3-658-21044-1
Verantwortlichkeiten	Etablierung einer/s Krisenbeauftragten		In der Praxis werden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten benannt, die im Krisenfall (generell und für spezifische Krisensituationen) die Federführung übernehmen und auf die Einhaltung der Krisenpläne achten.	Interviewdaten

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
			Hierbei ist wichtig, dass Verantwortlichkeiten und Zuständigkeit klar definiert sind und alle Mitarbeitenden über Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten informiert sind.	• WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) • Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 • Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
	Struktur / Ablaufplan	Die Praxis verfügt über einen übergeordneten Krisenplan (z.B. den RESILARE-Ablaufplan für unbekannte Krisensituationen) und geht im Krisenfall danach vor.	Dies bezieht sich auf Krisensituationen, für die bisher kein spezifischer Handlungsplan ausgearbeitet wurde. Hierfür sollte ein übergeordneter Ablaufplan vorliegen, wie im Krisenfall vorgegangen werden sollte, bzw. welche Schritte eingeleitet werden müssen. Dies kann beispielsweise der RESILARE-Ablaufplan für unbekannte Krisensituationen sein.	• Interviewdaten • WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) • Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 • Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
	Patienten-kommunikation	Die Praxis verfügt über Kommunikationsmedien, über die Patient:innen im	Eine transparente Informationsweitergabe im Krisenfall kann die Compliance und	• Interviewdaten

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
		Krisenfall erreicht und informiert werden können.	Zufriedenheit der Patient:innen erhöhen. Mögliche Medien können sein: - Homepage mit Warnhinweisen - Einrichtung einer Telefonhotline / spezifisches Besprechen des Anrufbeantworters - Möglichkeit der digitalen Kontaktaufnahme (Kontaktformular Homepage, Email) - Erklär-/ Hinweisschilder in Räumlichkeiten	WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) • Baral P. Health Systems and Services During COVID-19: Lessons and Evidence From Previous Crises: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for the COVID-19 Recovery. International Journal of Health Services 2021, Vol. 51(4) 474–493 • Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 • Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
		Die Praxis führt regelmäßig Patientenbefragungen durch.	Die Patientensicht wird regelmäßig erhoben, um Ansatzpunkte zur Optimierung der Praxis zu identifizieren. Hierfür werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt, ausgewertet und beispielsweise in die Praxisreflexion integriert.	• Interviewdaten

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
Krisenprävention	Krisenpläne	In der Praxis wird ein Risiko-Assessment durchgeführt. Für die identifizierten Krisenpotenziale liegen jeweils individualisierte Krisenpläne vor.	In der Praxis sollte erarbeitet werden, welche Situationen auf die individuelle Praxis zukommen können. Hierbei kann sich beispielsweise an der RESILARE-Übersicht über verschiedene Krisensituationen orientiert werden. Das Praxisteam erarbeitet anschließend konkrete Lösungsstrategien in Form von Handlungsplänen, die Aufschluss geben sollen, wie in der jeweiligen Situation genau vorgegangen werden soll. Hierbei sollten verschiedenste Szenarien berücksichtigt und durchdacht werden. Für jede der Situationen müssen alle Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten genau benannt werden. Falls für jeweilige Krisensituation bereits offizielle Handlungsanweisungen vorliegen, sollten diese in der Praxis vorliegen und konkret auf die eigene Praxis individualisiert sein, um die Umsetzbarkeit zu garantieren.	• Interviewdaten · WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) • Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 • Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008 • M. Eisele · H. Hansen · H.-O. Wagner · E. von Leitner · N. Pohontsch · M. Scherer. Epidemien und Pandemien in der hausärztlichen Praxis: Was können wir aus dem Schweinegrippe (H1N1)- und EHEC-Ausbruch

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
				lernen? Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:687–693 DOI 10.1007/s00103-014-1970-z
		Alle Mitarbeitenden sind über die Inhalte der Krisenpläne und deren Zugriffsort informiert.	Alle Mitarbeitenden sind über die Inhalte der Krisenpläne und deren Zugriffsort informiert. In diesem Rahmen werden alle Handlungspläne Schritt für Schritt durchgesprochen und ggf. geprobt.	- Interviewdaten · WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) - Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 - Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
	ausreichend Ressourcen	Die Praxis verfügt über ausreichend Lagerkapazität.	Im Falle, dass eine Einlagerung von häufig gebrauchten Materialien notwendig wird, sollten in der Praxis dafür ausreichend Lagerkapazitäten vorhanden sein. Entsprechende Regale/Stauraum müssen hierfür identifiziert und im Ernstfall verfügbar gemacht werden.	- Interviewdaten - Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 - Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
		Die Praxis verfügt über einen Grundstock an relevanten Materialien/Medikamenten.	Grundsätzlich sollte die Praxis über einen Grundstock an Materialien/Medikamenten verfügen, um eine kurze Zeit (z.B. eine Woche) ohne externe Versorgung überbrücken zu können. Hierfür sollte in der Praxis individuell identifiziert werden, welche Materialien/Medikamente/... in der Praxis häufig gebraucht werden. Diese sollten in der Praxis in dem	- Interviewdaten · WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int)

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
			Ausmaß vorhanden sein, sodass ein angemessener Zeitraum (z.B. eine Woche) überbrückt werden kann.	- Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 - Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
		Die Praxis verfügt über einen adäquaten Personalschlüssel.	Die Kapazitäten der Praxis werden wahrgenommen und die Personalgestaltung daran ausgerichtet. Eine Überlastung der Praxis bereits im Versorgungsalltag soll vermieden werden. Ggf. sollten Anpassungen im Praxisalltag, wie ein Aufnahmestopp oder eine Verkürzung der Sprechzeiten vorgenommen werden, um den Personalschlüssel einhalten zu können, sofern keine Aufstockung möglich ist.	- Interviewdaten - Baral P. Health Systems and Services During COVID-19: Lessons and Evidence From Previous Crises: A Rapid Scoping Review to Inform the United Nations Research Roadmap for the COVID-19 Recovery. International Journal of Health Services 2021, Vol. 51(4) 474–493 - Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 - Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008 M. Eisele · H. Hansen · H.-O. Wagner · E. von Leitner · N. Pohontsch · M. Scherer. Epidemien und Pandemien in der hausärztlichen Praxis: Was können wir aus dem Schweinegrippe (H1N1)- und EHEC-Ausbruch

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
				lernen? Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:687–693 DOI 10.1007/s00103-014-1970-z • Rieckert A, Schuit E, Bleijenberg N, et al. How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 2021;11:e043718. doi:10.1136/bmjopen-2020-043718 → “A good care provider–patient ratio is crucial”
		Die Praxis verfügt über personelle Rücklagen, auf die in Krisen- und Überlastungssituationen zurückgegriffen werden kann.	Die Praxis verfügt über einen Plan, auf welche personellen Ressourcen im Falle eines Personalmangels zurückgegriffen werden kann. Hierfür sollten personelle Reserven geschaffen und beispielsweise Springerkräfte organisiert werden. Die personellen Ressourcen können auch praxisübergreifend organisiert sein. Weitere Möglichkeiten sind beispielsweise Teilzeit-Kräfte, die im Krisenfall aufstocken können. Wichtig ist dabei, dass die Personen die Praxis bereits vor Eintritt der jeweiligen Krisensituation bereits kennen und im Ernstfall nicht erst eingearbeitet werden müssen.	• Interviewdaten • Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 • Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008 • M. Eisele · H. Hansen · H.-O. Wagner · E. von Leitner · N. Pohontsch · M. Scherer. Epidemien und Pandemien in der hausärztlichen Praxis: Was können wir aus dem Schweinegrippe (H1N1)- und EHEC-Ausbruch lernen? Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:687–693 DOI 10.1007/s00103-014-1970-z

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
		Die Praxis verfügt über angemessene finanzielle Rücklagen.	Die Praxis verfügt über finanzielle Rücklagen, um einen angemessenen Zeitraum (z.B. einen Monat) ohne Einnahmen überbrücken zu können.	- Interviewdaten M. Eisele · H. Hansen · H.-O. Wagner · E. von Leitner · N. Pohontsch · M. Scherer. Epidemien und Pandemien in der hausärztlichen Praxis: Was können wir aus dem Schweinegrippe (H1N1)- und EHEC-Ausbruch lernen? Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:687–693 DOI 10.1007/s00103-014-1970-z → gibt Hinweise auf Relevanz der finanziellen Absicherung
	Awareness	Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an Schulungen/Fortbildungen zu aktuellen medizinischen und praxisbezogenen Themen teil.	Durch die regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeitenden soll zum einen Awareness gegenüber potenziellen Krisensituationen wie auftretenden Erkrankungen geschaffen werden. Weiterhin sollen die generellen Kompetenzen der Mitarbeitenden stets weiterentwickelt werden. Hierbei ist ebenfalls wichtig, dass alle Mitarbeitenden auf dem neusten Stand bleiben und ggf. „Trends“ und neue Erkenntnisse in der Patientenversorgung erkannt und mitgegangen werden. Schulungsinhalte können z.B. sein: - Gesundheitliche Folgen des Klimawandels - Maßnahmen zur Reduktion des ökol. Fußabdrucks	- Interviewdaten WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) - Buka I, Shea KM, Canadian Paediatric Society. Global climate change and health in Canadian children. Pediatr Child Health 2019 24(8):557 - Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 2006; 185: S66–S69 - WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva:

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
			- Notfallschulung - Krankheitsspezifische Schulungen - Technischschulungen (PVS, Digitalisierung generell)	World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
	Vernetzung	Die Praxis ist aktiv in kommunale Strukturen eingebunden.	Die Praxis ist mit anderen kommunalen Einrichtungen wie Pflegeheimen, weiteren Praxen, dem Gesundheitsamt, der Stadtverwaltung, und ähnlichen vernetzt. Findet beispielsweise ein „runder Tisch“ mit den Beteiligten statt, beteiligt sich die Praxis hier ebenfalls aktiv. Die Kommunikation zu den relevanten Institutionen sollte stets aktualisiert und aufrecht erhalten werden.	• Interviewdaten · WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) • Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
		Die Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und ähnlichen Vernetzungstreffen teil.	Die Praxis beteiligt sich aktiv an regionalen Qualitätszirkeln und praktiziert Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Praxen/Institutionen. Dies kann zudem auch beispielsweise über einen E-Mail-Verteiler, eine What's-App-Gruppe oder Online-Foren geschehen.	• Interviewdaten
				• Interviewdaten

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
		In der Praxis liegt eine schnell zugängliche Kontaktliste mit allen relevanten Stellen vor.	Die Praxis verfügt über eine Liste mit allen relevanten Telefonnummern / Adressen / Ansprechpartnern, wie zum Beispiel die Giftzentrale, das Gesundheitsamt, das Tropeninstitut, und weitere.	WHO. Mass Casualty Management Systems Strategies and guidelines for building health sector capacity (2007) mcm_guidelines_en.pdf (who.int) Collins N, Litt J, Winzenberg T, Shaw K, Moore M. Plan your pandemic A guide for GPs. Australian Family Physician Vol. 37, No. 10, October 2008
	Krisenspezifische Handlungspläne (optional!)	Sofern wichtige Daten digital gespeichert sind, führt die Praxis eine regelmäßige Sicherung dieser Daten durch.	Patientendaten, wichtige Praxisdaten (Ablaufpläne, etc.) sollten in regelmäßigen Abständen als Back-Up beispielsweise auf einer externen Festplatte gespeichert werden. Im Falle eines technischen Ausfalls, einer Beschädigung, eines Virus oder eines Hackerangriffs sind die Daten so zusätzlich gesichert.	Interviewdaten
		Die Praxis verfügt über Vordrucke, die im Falle eines EDV-Ausfalls herangezogen werden können.	Patientenakten, Anamnesebögen und ähnliche Dokumente, die nur digital vorliegen könnten als Vorlage abgelegt und im Falle eines EDV-Ausfalls herangezogen und kopiert werden, sodass der Praxisbetrieb weitergeführt werden kann und die Daten nachträglich digitalisiert werden können.	Interviewdaten
		Die Praxis verfügt über Deeskalierungsmaßnahmen im Falle von Übergriffen durch Patient:innen	Im Falle eines Übergriffes durch aggressive Patient:innen verfügt die Praxis über Deeskalierungsmaßnahmen. Dies kann ein spezifisches Vorgehen sein, wie die Separierung der Beteiligten, das Hinzuziehen einer weiteren neutralen Person, sowie die Vorformulierung von deeskalierenden Formulierungen, auf die in der Kommunikation zurückgegriffen werden sollte.	Interviewdaten

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
		Die Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an Notfallschulungen teil.	Die Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an Notfallschulungen teil. Die kann zum Beispiel ein Training der Wiederbelebensmaßnahmen sein oder eine Schulung zur Nutzung des Notfallkoffers und ähnliche.	Interviewdaten
Resilienz gegenüber dem Klimawandel	Klimawandel Adaptation	Die Praxis verfügt über einen Hitzeaktionsplan	In der Praxis liegt ein etablierter Hitzeaktionsplan vor. Die dort beschriebenen Handlungsanweisungen wurden von der Praxis bei Bedarf individualisiert, sodass sie jederzeit in der Praxis umsetzbar sind. Zu den Maßnahmen im Rahmen des Hitzeaktionsplans gehört ebenfalls die Anpassung der Praxisräumlichkeiten, um ein angenehmes Raumklima zu bewahren. Maßnahmen können zum Beispiel folgende sein: - Ausreichendes Wasserangebot für Mitarbeitende und Patienten - Ausreichender Schutz vor direkter Sonneneinstrahlung beispielsweise durch Rollläden - Frischluftzufuhr, natürliche Ventilation und Raumtemperaturkontrolle - Sicherung einer angemessenen und kühlen Lagerung von Medikamenten	- Interviewdaten - Pendrey CGA, Beaton L, Kneebone JA. General practice in the era of planetary health Responding to the climate health emergency. AJGP VOL. 49, NO. 8, AUGUST 2020 - Curtis et al. Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems. Environmental Health 2017, 16 (Suppl 1):128 DOI 10.1186/s12940-017-0324-3 - Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
		In der Praxis ist eine verantwortliche und eine zuständige Person für das Eintreten und Bewältigen einer Hitzewelle benannt.	Die Praxis verfügt über klar festgelegte Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Falle einer Hitzewelle. Die zuständige Person hat sich darum zu kümmern, dass der Hitzeaktionsplan eingehalten wird und alle Mitarbeitenden über das Vorgehen informiert sind.	- Interviewdaten - Übertrag > Verantwortliche für Krisensituationen werden benannt. Hitzewelle als eine spezifische Krisensituation > demnach auch hier Koordinationsstelle wichtig.
		Die Praxis ist an ein zertifiziertes Warnsystem angebunden.	Die Praxis ist an ein zertifiziertes Katastrophenwarnsystem angebunden. So kann rechtzeitig vor hohen/niedrigen Temperaturen und Wetterextremen, UV-Strahlung oder anderen Katastrophen gewarnt und entsprechende (Präventions-)Maßnahmen eingeleitet werden. Warnsysteme können zum Beispiel die Apps „NINA“ (Warn-App NINA - BBK (bund.de)), „katwarn“ (Katwarn - Warnungen fürs Smartphone) oder ähnliche sein.	- Interviewdaten - Buka I, Shea KM, Canadian Paediatric Society. Global climate change and health in Canadian children. <i>Pediatr Child Health</i> 2019 24(8):557 - Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. <i>MJA</i> 2006; 185: S66–S69 - Curtis et al. Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems. <i>Environmental Health</i> 2017, 16 (Suppl 1):128 DOI 10.1186/s12940-017-0324-3 - Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. - Bund/Länder Ad-hoc Arbeitsgruppe (2017). Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
				Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt doi:10.1007/s00103-017-2554-5 • WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
	Klimawandel Mitigation	Die Praxis hat verantwortliche und zuständige Personen, sogenannte „Klimabeauftragte“, benannt.	In der Praxis wurden verantwortliche und zuständige Personen benannt, die sich mit der Entwicklung, Festlegung und Durchführung von Maßnahmen zur Reduktion des praxeigenen ökologischen Fußabdrucks befassen. Dies kann eine Person oder auch eine Arbeitsgruppe, bestehend aus mehreren Personen sein. Die Personen sind dafür zuständig, dass die festgelegten Maßnahmen in der Praxis umgesetzt und alle Mitarbeitenden darüber informiert sind.	• Interviewdaten • KLUG Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0, 2021
		Die Praxis legt Jahresziele bezogen auf Nachhaltigkeit der Praxis fest, setzt entsprechende Maßnahmen um und evaluiert die Erreichung der Jahresziele.		• Interviewdaten • Litke, N. A. Klimaschutz in Krankenhäusern und ambulanten Praxen. Ärztliche Psychotherapie, 2022: 17(1), 22–27. DOI 10.21706/aep-17-1-22

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
		Für 4 der folgenden Bereiche liegt jeweils ein Jahresziel vor: > Mobilität - Patient:innen - Mitarbeitende > Immobilie - Energieverbrauch - Wasserverbrauch - Ventilation - Baumaterialien > Abfallmanagement > Patientenversorgung - Materialverbrauch		· Mezger NCS, Thöne M, Wellstein I, Schneider F, Litke N, Führer AG, et al. Klimaschutz in der Praxis – Status Quo, Bereitschaft und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2021. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.08.009 • Litke N, Szecsenyi J, Wensing M, Weis A. Green Hospitals: Klimaschutz im Krankenhaus. Dtsch Arztebl 2020; 117(11): A-544 / B-468 • KLUG Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0, 2021 • World Health Organization. WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. 2020. ISBN 978-92-4-001222-6 • Karliner J, Guenther R. Global Green and Healthy Hospitals. A Comprehensive Environmental Health Agenda for Hospitals and Health Systems Around the World. Health Care Without Harm, 2011 · https://www.greenerpractice.co.uk/ → konkrete Maßnahmen • Pendrey CGA, Beaton L, Kneebone JA. General practice in the era of planetary health Responding to the climate health emergency. AJGP VOL. 49, NO. 8, AUGUST 2020 • WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. → enthält spezifischere Indikatoren zu adaptation und mitigation, konkret bezogen auf climate resilience

Themenblock	Unterthema	möglicher Indikator	Beschreibung	Evidenzgrundlage
		- Effizienz - Maßnahmen zur Prävention - Verschreibung von Medikamenten und Antibiotika > Lieferketten / Beschaffung / Einkauf > Digitalisierung		
		Die Praxis bezieht Strom aus erneuerbaren Energien.		• Interviewdaten • KLUG Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0, 2021 • WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
		Die Praxis kalkuliert jährlich den ökologischen Fußabdruck der Praxis über einen CO2-Rechner.		• Interviewdaten • Litke, N. A. Klimaschutz in Krankenhäusern und ambulanten Praxen. Ärztliche Psychotherapie, 2022: 17(1), 22–27. DOI 10.21706/aep-17-1-22 • WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Kurzname	Stärkung individuelle Resilienz
Indikator-ID 01	Der Mitarbeitende hat die Möglichkeit alle drei Jahre an Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen teilzunehmen
Kommentar	-
Qualitätsziel	Alle Mitarbeitenden nehmen alle drei Jahre an Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen teil, damit sie in Krisensituationen in der Lage sind Belastungen besser mental zu verarbeiten und bestmöglich handlungsfähig bleiben. Nennen Sie ein (quantitatives) Qualitätsziel, das erreicht werden soll und ab welchem Wert etwas als „auffällig“ gelten soll. Im schlechtesten (manchmal unvermeidbaren) Falle steht hier nur, dass das Ziel ein „möglichst hoher“ oder „möglichst niedriger“ Wert ist
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Resilienz wird häufig mit der „psychischen Widerstandskraft“ des Menschen beschrieben. Hiermit ist die schnelle Erholung von stressigen Situationen und damit die Sicherstellung der eigenen Handlungsfähigkeit gemeint. Zudem wird mit Resilienz die erfolgreiche Bewältigung von Krisen beschrieben. Damit wird die psychische Gesundheit der Beschäftigten geschützt. Um die individuelle Resilienz zu fördern, werden verschiedene Trainings angeboten. Beispielsweise knüpfen diese an den persönlichen Ressourcen wie Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit und Optimismus an (Heller 2019). Zudem sollten Sie für den Umgang mit möglichen Krisensituationen in der Arztpraxis geschult werden. Hierzu zählen psychosoziale Risiken während der Krisenbewältigung und der Umgang mit Stress, Müdigkeit, Depression und Diskriminierung (Rieckert et al. 2021). Aufgrund der in § 618 BGB für Gesundheit und Leben der Arbeitnehmer konkretisierten Fürsorgepflicht hat der Arbeitgeber vermeidbare Schäden für die Arbeitnehmer abzuwehren. Der Arbeitnehmer ist vor Gefahren gegen sein Leben und seine Gesundheit zu schützen. Im Weiteren sind die öffentlich-rechtlichen Vorgaben zu beachten, wie das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) und wie sie in den Regelwerken der Berufsgenossenschaften vorgegeben werden. Indem der Arbeitgeber seinen Mitarbeitenden das Angebot für resilienzstärkende Maßnahmen, wie z.B. ein Achtsamkeitstraining, ermöglicht, kommt er seiner gesetzlichen Fürsorgepflicht nach. 1. Begründen Sie, warum genau dieser Indikator „relevant“ für die Qualitätsbestimmung bei ihrem Thema ist und unterfüttern Sie die Aussagen mit der bestmöglichen Evidenz (z.B. aus Leitlinien, Standards, Studien usw.). 2. Wenn sie spezifische Evidenz zur Güte des Indikators finden, geben Sie das bitte auch hier an. Hinweis: Dieses Feld ist eines der wichtigsten Felder: Sparen Sie hier nicht mit Informationen und (Literatur-)Belegen!
Indikatortyp	Struktur Misst der Indikator Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualität (oder ggf. Indikationsqualität)?
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz z.B. Patientensicherheit, Effektivität, Patientenorientierung, Zugang zur Versorgung (ggf. können Sie auch ein anderes Referenzsystem verwenden) Dimension: Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	- z.B. Patientensicherheit, Effektivität, Patientenorientierung, Zugang zur Versorgung (ggf. können Sie auch ein anderes Referenzsystem verwenden) Dimension: Krisenresilienz
Erhebungsinstrumente	01 - Fragebogen Selbstassessment für den/die Praxisinhaber/in

	Geben Sie hier an, wo die zur Berechnung des Indikators notwendigen Informationen vorliegen (Mehrfachnennung möglich) bzw. wie Sie glauben, diese erheben zu können (Erhebungsinstrument).
Items:	Haben Mitarbeitende der Praxis die Möglichkeit alle drei Jahre an Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen teilzunehmen. Fragen aufführen
Skala:	Ja/Nein Ja/nein oder nicht zutreffend
Headline/Instruction:	z.B. Achtsamkeitstrainings, Bildungsurlaub zum Erlernen von Entspannungstechniken etc.
	Zusatzinformation auf dem Erhebungsinstrument zum Item (Frage) bzgl. des besseren Verständnis (oft Beispielangabe).
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Material ist z.B. bei der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege und Gesundheit zu finden. Beispielsweise gibt es von ihnen ein BGW-Podcast: "Herzschlag – Für ein gesundes Berufsleben", in dem unter anderem die Bereiche Selbstfürsorge und Resilienz thematisiert werden. Diese bietet auch Workshops an. wenn es etwas Wichtiges über diesen Indikator zu wissen gibt, was nicht in die vorigen Felder passt: Schreiben Sie es hier hin (z.B. Varianten) →
Originalformulierung	Eigentlich selbsterklärend, aber: Wenn Sie fremdsprachige Indikatoren finden, dann dürfen Sie die (selbst) übersetzen, aber dann bitte hier die Originalformulierung einfügen.
Literatur	Heller, J (2019). Resilienz für die VUCA-Welt. Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenberg, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.
	Literaturangaben zum Indikator (zur Rationale)

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Teambuilding-Maßnahmen
Indikator-ID 02	In der Praxis werden regelmäßig Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitern durchgeführt
Kommentar	-
Qualitätsziel	Alle Praxisangestellten nehmen mindestens alle drei Jahre gemeinsam an Teambuilding-Maßnahmen teil. Diese Maßnahmen sollen die Gemeinschaft stärken und eine bestmögliche personelle Verbindung herstellen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Unter dem englischen Wort „Teambuilding“ wird die „Teamentwicklung“ verstanden. Im Grunde bezeichnet dies die Formung eines Teams aus einzelnen Personen. Als Team geht es darum gemeinsam definierte Ziele zu erreichen oder bestimmte Aufgaben zu lösen. Teambuilding-Maßnahmen sind gesteuerte Prozesse, die dazu dienen, die Zusammenarbeit der Mitarbeiter sowie die Strukturen des gemeinsamen Arbeitens zu verbessern. Zu einem guten Team gehören Verbundenheit, Vertrauen, Toleranz und Verlässlichkeit. In Teambuilding-Maßnahmen geht es darum, Grundlagen für eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation im Team zu schaffen, die auch nach dem gemeinsamen Event beständig bleiben (Dinkel 2018). Zudem helfen die genannten Eigenschaften auch eine Krise gemeinsam im Team gut zu bewältigen. Teambuilding-Maßnahmen können beispielsweise das Wahrnehmen einer externen Beratung bei Konflikten im Team, Workshops, Betriebsausflüge, weitere Teamaktivitäten und Ähnliches sein.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	-
Erhebungsinstrumente	02 - Fragebogen Hauptverantwortlicher Arzt/Ärztin
Items:	Werden in der Praxis regelmäßig (mind. alle drei Jahre) Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitern durchgeführt?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	z.B. externe Beratung, Workshops, Betriebsausflüge
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Tipps für teambildende Maßnahmen: Das gesamte Team sollte anwesend sein, passendes Event (aktiv/kreativ/entspannend) in entsprechenden Räumlichkeiten (indoor oder outdoor) mit dem Team planen. Eine ungezwungene Atmosphäre/Veranstaltung herstellen. Teambildende Maßnahmen sollten nicht als Konsequenz für Fehlverhalten eingesetzt werden und der Teamtag sollte mit einem gemeinsamen Essen o. Ä. abgerundet werden.
Originalformulierung	Die Praxis führt, unabhängig von Teambesprechungen, weitere Maßnahmen zur Förderung der internen Kommunikation durch Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Dinkel, M, Baumgartner, R. (2018). Mannheimer Beiträge zur Betriebswirtschaftslehre. Mannheim: Duale Hochschule Baden-Württemberg Mannheim

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Teamsitzungen
Indikator-ID 03	In der Praxis werden regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis werden monatlich Teamsitzungen mit allen Mitarbeitern durchgeführt, um sich über aktuelle Themen und Probleme auszutauschen inklusive Reflexion.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Besprechungen in den Teamsitzungen sind ein äußerst wichtiger Bestandteil der Kommunikation innerhalb der Praxis und sollten regelmäßig stattfinden. Die Mitglieder der Praxis tauschen sich hierbei auf verschiedenen Ebenen aus. Sichtweisen, Interessen und Bedürfnisse jedes einzelnen Teammitgliedes kommen hier zum Tragen. Damit eine gute Teambesprechung geführt werden kann, ist eine entsprechende Vorbereitung und Organisation unerlässlich. Hierzu zählen beispielsweise die Teilnahme aller Mitarbeiter, Sammlung von Themen, Erstellung von Protokollen, Erstellung von To-Do-Listen und deren Zuständigkeiten etc. Inhalt der Teambesprechungen sind auch Ziele, To-Dos etc. gemeinsam zu reflektieren und zu bewerten (Thill 2006). Auch die aktuelle Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses schreibt die Durchführung von Teamsitzungen in regelmäßigen Abständen vor. Neben organisatorischen Inhalten soll allen Mitarbeitern ermöglicht werden, aktuelle Themen und Probleme anzusprechen. Wichtig ist, dass die Ergebnisse am Ende der Besprechungen allen Mitarbeitern zur Verfügung stehen (G-BA 2020).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik
Erhebungsinstrumente	06- Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	1. Werden in der Praxis regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt? 2. Werden in den Teamsitzungen vergangene und bestehende Ereignisse sowie durchgeführte Maßnahmen reflektiert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Zu 2: z.B. in Bezug auf Inhalte der vorherigen Teamsitzung
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Informationen und eine Protokollvorlage zu Teamsitzungen sind auf der Materialienseite von EPA (Visotool®) zu finden.
Originalformulierung	Das gesamte Praxisteam führt regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durch Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger Thill, K-D (2006). Organisieren und Führen. Deutsches Ärzteblatt Jg. 103(Heft 48): 99.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Krisensitzungen
Indikator-ID 04	Bei akuten Krisensituationen werden in der Praxis spontan Teambesprechungen einberufen
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis werden bei Krisensituationen kurze, spontane Teambesprechungen einberufen, um bei einer Krise ein Vorgehen bzw. Handlungsplan zu erstellen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Treten akute Krisen im Praxisalltag auf, ist es wichtig zeitnah, ggf. am gleichen Tag, eine spontane, kurze Teambesprechung einzuberufen. Zuvor muss in der Praxis definiert werden, in welchen Situationen und in welchem zeitlichen Rahmen (wann, wie lange) diese Sitzungen durchgeführt werden sollen. Inhaltlich geht es insbesondere darum, eine mögliche Krise zu identifizieren und bei Bedarf ein Vorgehen oder Handlungsplan/-ablauf zu erstellen. Da durch Teilzeitkräfte, Krankheit etc. nicht alle Mitarbeiter vor Ort sein können, ist es umso wichtiger diese anschließend über die Ergebnisse zu informieren. Zudem besteht die Möglichkeit, Mitarbeiter telefonisch oder per Video hinzuzuschalten. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen wie Kamera, Headset etc. vorhanden sein. Im Rahmen der Besprechung könnten einzelne Mitarbeiter als Ansprechpartner für die aufgetretene Krise ernannt werden, die beispielsweise für die Umsetzung der weiteren Handlungsabläufe, Kommunikation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens/ Stakeholdern zuständig ist. Hierzu gehört auch das Informieren der Patienten über notwendige Änderungen (Rieckert et al. 2021).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik“ / Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	1. Werden in der Praxis kurze, spontane Teambesprechungen bei akuten Krisensituationen einberufen? 2. Werden alle Mitarbeitenden rechtzeitig über die aktuelle Krisensituation und wie zu handeln ist informiert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Falls Nein: Verweis auf die Wichtigkeit des Risiko- und Krisenmanagements.
Originalformulierung	Das gesamte Praxisteam führt regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durch. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenberg, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
----------------	-----------

	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Führungsstärke durch Fortbildung
Indikator-ID 05	Personalverantwortliche nehmen regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen zur Mitarbeiterführung teil
Kommentar	-
Qualitätsziel	Alle Mitarbeiter mit Personalverantwortung nehmen alle 3 Jahre an Fortbildungsmaßnahmen (z.B. Coaching, Schulungen, Seminare oder ähnliches) zur Mitarbeiterführung teil, damit sie in der Lage sind für verschiedene Fälle (Krisen) auf Strategien und Techniken zurückgreifen zu können, um Situationen bestmöglich zu beherrschen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Mitarbeiter in Arztpraxen nehmen regelmäßig an unterschiedlichen Schulungen teil. Der Fokus liegt dann vorrangig im praktischen Bereich, wie beispielsweise zum Thema Labor, Abrechnung, Notfallmanagement usw. In größeren Praxen oder auch Gemeinschaftspraxen, in der viele Mitarbeiter angestellt sind, obliegt die Personalverantwortung nicht immer nur ausschließlich bei dem Praxisinhaber. Gerade diesen personalverantwortlichen Mitarbeitern fehlt es häufig an Grundlagen zur Führung der Mitarbeiter, die sie im Rahmen von Fortbildungen, Coachings, Schulungen, Seminare, Podcasts etc. erlernen können. Ziel sollte es sein, das in der Praxis ein wertschätzender, motivierender Führungsstil etabliert wird. Hierarchische Strukturen sollten sich eher flach gestalten. Eine transparente und intensive Kommunikation im Team soll gegeben sein und eine offene Fehlerkultur sollte gefördert werden. Wichtig ist auch die Kommunikation, die auch die unterschiedlichen Bildungsgrade der Mitarbeitenden berücksichtigen. Grundsätzlich kann durch eine gute, aktive Führung die Zufriedenheit der Mitarbeiter und der Patienten gesteigert werden (Heller 2019). Kurse werden unter anderem von den einzelnen KVen oder auch dem Marbuger Bund angeboten.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Team- Personalmanagement
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Nehmen Personalverantwortliche regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen zur Mitarbeiterführung teil?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Mindestens alle 3 Jahre sollte ein Coaching, Seminar, Schulung, Beratung etc. stattfinden.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Es werden zahlreiche Kurse angeboten von den KVen, dem Marbuger Bund etc. Auch als Bildungsurlaub bei Angestellten über eine Förderung möglich etc.
Originalformulierung	-
Literatur	Heller, J (2019). Resilienz für die VUCA-Welt. Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Beschwerde- und Fehlermanagement
Indikator-ID 06	In der Praxis ist ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement etabliert.
Kommentar	-
Qualitätsziel	Ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement ist in der Praxis etabliert, um den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zur Rückmeldung zu geben.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die aktuelle Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses schreibt die Etablierung eines Beschwerdemanagements in Arztpraxen vor. Hierzu gehört die Patienten über die Möglichkeit einer Beschwerde vor Ort zu informieren. Eingegangene Rückmeldungen können gemeinsam im Team analysiert und bewertet werden, um im Anschluss mögliche Maßnahmen abzuleiten (G-BA 2020). Im Anschluss können den Patienten Rückmeldungen zu erfolgten Maßnahmen mitgeteilt werden. Grundsätzlich kann zur Bearbeitung der PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) angewendet werden. Auch das Fehlermanagement ist Teil der Qualitätsmanagement-Richtlinie. Das Erkennen und Nutzen von Fehlern sowie unerwünschten Ereignissen kann zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis dienen (G-BA 2020). Neben online verfügbaren Fehlermeldesystemen, die zum Austausch mit anderen Praxen dienen, kann zur Bearbeitung von Fehlern im Praxisalltag ebenfalls der PDCA-Zyklus zur Anwendung kommen. Gerade in Krisensituationen können Fehler und Beschwerden häufiger vorkommen. In (jeder) Teambesprechung sollten diese priorisiert, behandelt bzw. Handlungsmöglichkeiten abgeleitet und entsprechend dem Patienten zurückgemeldet werden. Ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement in den Praxen führt über kurz oder lang zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten und deren Angehörigen sowie der Kooperationspartner (KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Beschwerdemanagement“/ Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	1. Ist in der Praxis ein Beschwerdemanagement etabliert? 2. Ist in der Praxis ein konstruktives Fehlermanagement etabliert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Informationen und Musterdokumente zum Beschwerde- und Fehlermanagement sind auf der Materialienseite von EPA (Visotool®) zu finden.
Originalformulierung	In der Praxis ist ein Briefkasten für Lob und Kritik sichtbar angebracht Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Patientenkritik und Beschwerden Kritik und Beschwerden der Patienten werden von der Praxis dokumentiert Die Praxis analysiert und diskutiert Patientenkritik und Beschwerden Die Praxis hat ein schriftliches Verfahren zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten sowie unerwünschten Ereignissen Die Praxis nimmt an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teil Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Beschwerdemanagement. Deutsches Ärzteblatt Jg. 114(Heft 49): 2366.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Krisenbeauftragte (r)
Indikator-ID 07	Die Praxis hat geregelt, welche Person bei identifizierten Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen einleitet
Kommentar	Vorschlag: Als Item zum Indikator Krisenpläne
Qualitätsziel	In der Praxis ist ein Krisenbeauftragter benannt, der im Krisenfall die Durchführung übernimmt und auf die Einhaltung wie z.B. der Krisenpläne / Handlungsempfehlungen achtet.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	In der Praxis werden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für relevante Bereiche benannt. Damit im Krisenfall (generell und für spezifische Krisensituationen) die benannte Person die Federführung übernimmt und auf die Einhaltung der von ihm mit erstellten Krisenpläne achtet. Ein Krisenbeauftragter hat unter anderem auch die Aufgabe die notwendige Infrastruktur im Krisenfall zu überprüfen, die Kommunikation mit anderen Stakeholdern und der Öffentlichkeit zu pflegen sowie die Mitarbeitenden auf die entsprechenden Krisensituationen zu schulen. Zudem muss er bei Veränderung der Krisensituationen reagieren und neue Strategien zur Bewältigung entwickeln können (Collins et al. 2008). Hierbei ist wichtig, dass Verantwortlichkeiten und Zuständigkeit klar definiert sind und alle Mitarbeitenden über Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten informiert sind (WHO 2007). Das Zuständigkeiten in der Praxis schriftlich zu regeln sind, wird zudem von der Qualitätsmanagement-Richtlinie des GBA gefordert (G-BA 2020).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	-
Erhebungsinstrumente	01 - Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Ist in der Praxis geregelt, welche Person bei identifizierten Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen einleitet?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	In den Krisen- bzw. Handlungsanleitungen soll für jedes Themengebiet eine oder mehrere verantwortliche Personen(en) genannt sein. Das kann auch nur eine Person sein, die dann als Krisenbeauftragte/r fungiert.
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Kommunikationskanäle
Indikator-ID 08	Die Praxis verfügt über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können
Kommentar	
Qualitätsziel	Im Krisenfall soll sichergestellt sein, dass viele Patientinnen und Patienten der Praxis schnellst- und bestmöglich informiert werden können.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Eine gezielte und aussagefähige Informationsweitergabe im Krisenfall kann die Compliance und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erhöhen. Mögliche Instrumente und Medien können sein: - Praxiswebseite mit Informationen (z.B. Verhaltensregeln, Warnhinweis) - Einrichtung einer Telefonhotline - gezielte Ansprache auf dem Anrufbeantworter - Möglichkeit der digitalen Kontaktaufnahme (Kontaktformular auf der Webseite, E-Mail) - Erklär-/ Hinweis-/Infoschilder in den Räumlichkeiten (z.B. Praxiseingang, Wartezimmer) - Nach Absprache: Mund zu Mund-Propaganda (Collins et al. 2008). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, gemeinsam mit anderen Praxen oder auch der Kommunen Kommunikationsmedien aufzubauen, auf den Patienten weitere Informationen erhalten können. Patienten müssen dann auf diese Art der Medien hingewiesen werden (WHO 2007). Innerhalb der Praxis muss geklärt werden, welche Informationen die Patienten erhalten sollen und wer dafür zuständig ist. Hierzu zählt auch wie gehandelt bzw. informiert wird, sobald sich Änderungen ergeben (Collins et al. 2008).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Informationen für Patienten über die Praxis, Praxispolitik und die lokalen Gegebenheiten /Information
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Verfügt die Praxis über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Folgende Instrumente und Medien können eingesetzt werden: - Praxiswebseite mit Informationen (z.B. Verhaltensregeln, Warnhinweis) - Einrichtung einer Telefonhotline - gezielte Ansprache auf dem Anrufbeantworter - Möglichkeit der digitalen Kontaktaufnahme (Kontaktformular auf der Webseite, E-Mail) - Erklär-/ Hinweis-/Infoschilder in den Räumlichkeiten (z.B. Praxiseingang, Wartezimmer) - Nach Absprache: Mund zu Mund-Propaganda
Originalformulierung	Eine ggf. vorhandene Website der Praxis ist im Internet zu finden. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Durchführung Patientenbefragung
Indikator-ID 09	Die Praxis führt regelmäßig Patientenbefragungen durch
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die Praxis führt alle 3 Jahre Patientenbefragungen durch, um zu erfahren, wo Patienten Stärken und Schwächen der Praxis sehen. Die Praxis kann anhand der Ergebnisse rechtzeitig unerwünschte Entwicklungen und potenziellen Krisen entgegensteuern.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses fordert die Durchführung und Auswertung einer Patientenbefragung. Durch die Rückmeldung der Patienten hinsichtlich Patientenzufrieden und die Qualität der Versorgung erhält die Praxis Ansatzpunkte zur Optimierung und kann Verbesserungsmaßnahmen entwickeln (G-BA 2020). Auch kann die Praxis anhand der Ergebnisse unerwünschten Entwicklungen frühzeitig entgegensteuern, die möglicherweise zu einer Krise führen könnten. Als Fragebogen eignet sich beispielsweise der EUROPEP-Fragebogen welcher umfassend validiert wurde und in nationalen als auch internationalen Projekten sowie im Rahmen von EPA (Europäisches Praxisassessment) eingesetzt wird. Der Fragebogen erfüllt auch die gesetzlichen Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (aQua-Institut GmbH 2022). Damit Patienten sehen, dass Ihre Meinung ernst genommen wird, kann ihnen im Anschluss an die Auswertung und Reflektion eine Rückmeldung gegeben werden. Hierzu zählen auch mögliche Maßnahmen, die aus den Rückmeldungen abgeleitet wurden.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	In EPA eher keine Relevanz, falls doch, dann könnte neben der Dimension Krisenresilienz, diese hier in Frage kommen: „Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik“ / Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Werden in der Praxis regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Mindestens alle 3 Jahre
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Zum EPA-QM-System gehört eine Patientenbefragung regelhaft dazu. Im Rahmen des Projektes jedoch fällt diese Frage an, da ggf. auch andere QM-Systeme mit diesem Indikatorenset weiterarbeiten. Sollte die Praxis keine regelmäßigen Patientenbefragungen durchführen, dann sollte sie dazu angehalten werden, dies zu tun. Zum einen ist eine Patientenbefragung Bestandteil der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und zum anderen ist es ein wertvolles Instrument, um ein Feedback der Patienten Klientel zu erhalten. Es gibt diverse Anbieter für Patientenbefragungen. Die Praxis kann auch eine selbst erstellen, allerdings sind diese dann nicht evidenzbasiert.
Originalformulierung	-
Literatur	aQua-Institut GmbH (2022). EUROPEP® Patientenbefragungen https://www.aqua-institut.de/projekte/europep-patientenbefragungen (Zugriff am 26.04.2022). G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Krisen- und Risikoidentifikation
Indikator-ID 10	In der Praxis wird regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Krisen und Risiken zu identifizieren
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis wird regelmäßig (einmal im Jahr) ein Risiko-Assessment durchgeführt, um mögliche Krisen und Risiken frühzeitig zu identifizieren und zu bearbeiten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Der Gemeinsame Bundausschuss fordert in seiner aktuellen Qualitätsmanagement-Richtlinie ein strukturiertes Risikomanagement. Hierzu gehört es Risiken frühzeitig zu identifizieren, zu analysieren, zu bewerten, zu bewältigen und zu überwachen (G-BA 2020). Aus den Interviews im Rahmen des RESILARE-Projektes ging hervor, dass in der Praxis erarbeitet werden sollte, welche Risiko- oder auch Krisensituationen auf die individuelle Praxis zukommen könnten. Das Praxisteam erarbeitet anschließend gemeinsam konkrete Lösungsstrategien in Form von Handlungsplänen, die Aufschluss geben sollen, wie in der jeweiligen Situation genau vorgegangen werden sollte. Hierbei können verschiedenste Szenarien berücksichtigt und durchdacht werden. Für jede der Situationen müssen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten genau benannt werden.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Krisenresilienz
Erhebungsinstrumente	06 – Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Wird in der Praxis regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Krisen und Risiken zu identifizieren?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Informationen und Mustervorlagen zum Bereich Fehler- und Risikomanagement sind auf der Materialienseite von EPA (Visotool®) zu finden. Im Sinne des Krisenrisikos sind zunächst die folgenden Punkte zu beachten: - Krisenidentifikation, Frühwarnsystem - Krisendiagnose, Krisenstufen - Schwere der Krise und Auswirkungen - zu treffende Ziele und Maßnahmen
Originalformulierung	Die Praxis hat ein schriftliches Verfahren zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten sowie unerwünschten Ereignissen Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Krisenpläne
Indikator-ID 11	Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Krisenpläne
Kommentar	Hier ggf. das Item „Krisenbeauftragte/r“
Qualitätsziel	Für jede identifizierte Krise, die in der Praxis auftreten kann, soll es jeweils einen Krisen- bzw. Handlungsplan geben. Damit soll sichergestellt werden, dass bei einer auftretenden Krise eine hohe Handlungsfähigkeit des gesamten Praxisteam gegeben ist.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Als Krisenplan ist ein dokumentiertes Verfahren zu verstehen, welches im Worst-Case Szenario darüber informiert, wie bei der auftretenden Krise zu handeln ist. Die zuvor definierten Krisen sind einzeln zu betrachten. Ein Krisenplan sollte die Krise genau beschreiben. Er soll darüber Auskunft geben, welche Sofortmaßnahmen mit welchen Mitteln einzuleiten sind. Weiterhin soll in ihm enthalten sein, wer zu informieren, mit wem Kontakt zu halten ist und es sollen Verantwortlichkeiten sowie Zuständigkeiten geregelt sein. Der Plan kann auch unterscheiden, was vor einer Krise an Vorbereitungen getroffen werden müssten, und welche Aufgaben während der Krise bewältigt werden sollten (Collins et al. 2008). Falls es für identifizierte Krisensituationen bereits offizielle, schriftliche Krisenpläne und/oder Handlungsanweisungen gibt, sollten diese der Praxis bekannt sein und vorliegen. Beispielsweise gibt es den Nationalen Pandemieplan des Robert-Koch-Institutes. Am Ende müssen die Pläne und Handlungsanweisungen konkret auf die eigene Praxis angepasst bzw. individualisiert werden, um im Krisenfall die Anwendung und Umsetzbarkeit zu garantieren. Dazu zählt auch die Anpassung bzw. Überarbeitung der Krisenpläne, falls sich bei der Umsetzung Änderungsbedarf ergeben haben (Collins et al. 2008; WHO 2007).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Fehler- und Risikomanagement“ oder „Qualität und Sicherheit“
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Verfügt die Praxis über schriftliche, individualisierte Krisenpläne?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Ein „Ja“ ist nur anzukreuzen, wenn mindestens drei Krisen- bzw. Handlungspläne vorliegen (z.B. Vorgehen bei Stromausfall mit den im Kühlschrank gelagerten Impfstoffen).
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxis soll dahingehend sensibilisiert werden, sich auf potenzielle Krisen vorzubereiten. Mit der Schaffung von Krisen- und Handlungsplänen werden die Mitarbeitenden mit potenziellen Krisenthematiken vertraut gemacht und können im Krisenfall womöglich schnell handeln. Ein schriftlicher Krisen- bzw. Handlungsplan kann in einem separaten Krisenmanagement-Ordner oder auch im bestehenden Qualitätsmanagement mit aufgenommen werden. Es sollte bedacht werden, dass bei Stromausfall kein Zugriff auf eine digitale Version möglich ist. Krisen- bzw. Handlungspläne sollten außerdem kurzgehalten werden, z.B. als Flussdiagramm, denn im Ereignisfall ist es wichtig, dass nicht viel gelesen werden muss. Nachführend die wichtigsten Krisen: Pandemien/Krankheitswellen, Personalausfall, Fachkräftemangel, Steigender Arbeitsaufwand, Technikausfall, Klimawandel, Wirtschaftskrise, Ressourcenmangel Akute Krisen bei Patienten, Schwierigkeiten mit Patienten
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Kenntnisse zu Krisenplänen
Indikator-ID 12	Alle Mitarbeitenden der Praxis kennen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne und können auf diese zugreifen.
Kommentar	Zwei Items
Qualitätsziel	Die Mitarbeitenden der Praxis sollen im Krisenfall best- und schnellstmöglich handeln können, um den Praxisbetrieb aufrecht zu erhalten und um Schäden zu minimieren.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Mitarbeitenden sollen und können auf bestehende Krisen- und Handlungspläne zugreifen. Alle Mitarbeitenden der Praxis sollen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne kennen, um bei Auftritt einer Krise handeln zu können. Dies setzt voraus, dass sie zuvor über den Inhalt der Pläne und ggf. geschult worden sind (Collins et al. 2008; WHO 2007). Hierzu zählt auch die Mitarbeiter bei Änderungen / Anpassungen der Inhalte der Krisenpläne zu informieren und ggf. neu zu schulen. Die Krisenpläne sollten nicht nur digital, sondern auch in ausgedruckter Form zur Verfügung stehen, da bei Stromausfall nicht darauf zugegriffen werden kann.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Fehler- und Risikomanagement“ oder „Qualität und Sicherheit“
Erhebungsinstrumente	05- Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1. Kennen alle Mitarbeitenden der Praxis die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne? 2. Wissen alle Mitarbeitenden der Praxis wo die Krisen- bzw. Handlungspläne zu finden sind?
Skala:	Ja/Nein/Nicht zutreffend
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Falls es keine Krisen- bzw. Handlungspläne gibt, dann ist hier „nicht zutreffend“ anzukreuzen. Es ist darauf zu achten, dass Krisenpläne nicht nur digital abgelegt sind, da bei Stromausfall nicht darauf zugegriffen werden kann.
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

--	--

Kurzname	Versicherte Risiken
Indikator-ID 13	Individuelle Risiken der Praxis sind durch Versicherungen entsprechend abgedeckt (z.B. Inventar, Elektronik, Cyberangriffe, Praxisausfall etc.)
Kommentar	-
Qualitätsziel	Größtmögliche Absicherung: zum Erhalt des finanziellen Gleichgewichts und damit die Existenz nicht bedroht ist, soll die Praxis für potenziell auftretende Schäden abgesichert sein.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Sollte ein Schadensfall eintreten, so kann dies sehr schnell zu einer finanziellen Krise und existenzgefährdenden Notlage führen. Daher sollten die wichtigsten Risiken mittels einer Versicherung abgedeckt sein. Grundsätzlich können Schäden in nachfolgenden Bereichen entstehen: Vermögensschäden, Personen- und Sachschäden, Schäden am Eigentum der Praxis/der Ärztin/Arzt, Ausfall der Ärztin/Arztes, Ausfall der Angestellten. Die Rechte und Pflichten für die jeweiligen abzusichernden Fallkonstellationen ergeben sich zum einen aus der Notwendigkeit und z.B. aus dem BGB, dem Arbeitsschutzgesetz, der Betriebsstätten Verordnung, der betrieblichen Finanzierung, dem Immobilienschutz etc. Laut der Ärzte und Apotheker Bank benötigt eine Arztpraxis unter anderem eine Praxis-Ausfallversicherung, eine Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte, Praxisvielschutzversicherung sowie eine Rechtsschutzversicherung (apoBank 2022) aber auch die Praxisinventarversicherung.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Finanzen
Erhebungsinstrumente	01- Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Sind individuelle Risiken der Praxis durch Versicherungen entsprechend abgedeckt (z.B. Inventar, Elektronik, Cyberangriffe, Praxisausfall etc.)?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Nachstehend aufgeführt sind die wichtigsten, gängigsten Versicherungen: Berufshaftpflicht, Praxisrechtsschutz, Betriebsunterbrechung, Private Krankenversicherung, Inventarversicherung, Versicherung gegen Hacker-Angriffe, Elektronik, Berufsunfähigkeit, Krankengeld, Praxisausfallversicherung auch Ertragsausfallversicherung genannt. Es gibt hierfür externe Beratungsmöglichkeiten.
Originalformulierung	-
Literatur	apoBank (2022). Gewerbliche Sachversicherung. https://www.apobank.de/unsere-leistungen/versicherung/sachversicherung (Zugriff am 25.04.2022).

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Finanzielle Rücklagen
Indikator-ID 14	Die Praxis verfügt über angemessene finanzielle Rücklagen
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die Praxis soll über ausreichend finanzielle Rücklagen verfügen, damit im Krisenfall darauf zurückgegriffen werden kann. Die Rücklagen sollen der Existenzsicherung dienen und den Weiterbetrieb der Praxis ermöglichen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Als Rücklagen werden Reserven der Arztpraxen bezeichnet, die als Kapitalfond für Sonderzwecke, Ausgleich von Einbußen oder unvorhersehbaren Aufwendungen bestimmt sind (Frodl 2007). Die Praxis verfügt über finanzielle Rücklagen, um einen Zeitraum (z.B. ein Quartal) ohne Einnahmen überbrücken oder/und um dringend benötigte Materialien (z.B. im Krisenfall) besorgen zu können. Wie sich aus den Interviews im RESILARE-Projekt ergab, ist es in diesem Zusammenhang wichtig, dass sich der/die Praxisinhaber/in neben den finanziellen Rücklagen auch um finanzielle Hilfen im Krisenfall kümmert (Krisenplan). Beispiele für diese Hilfen sind u.a. der Schutzschirm bei der Corona-Pandemie, BAFA-Förderung, Entschädigung bei Quarantäne etc.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Finanzen“/ Information
Erhebungsinstrumente	01- Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Verfügt die Praxis über angemessene finanzielle Rücklagen?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Hier kann lediglich ein Hinweis erfolgen, dass es sinnvoll ist, wenn Rücklagen gebildet sind.
Originalformulierung	-
Literatur	Frodl, A (2007). Management-Lexikon für Mediziner Fachbegriffe aus Betriebswirtschaft, Arbeitsrecht und Informationstechnologie. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

--	--

Kurzname	Vorratshaltung
Indikator-ID 15	Die zur Patientenversorgung benötigten Materialien, Medizinprodukte und Arzneimittel stehen der Praxis in ausreichender Menge zur Verfügung
Kommentar	-
Qualitätsziel	Es soll der Praxis ein - dem Bedarf- angepasster Vorrat an Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln zur Verfügung stehen, damit im Krisenfall die Praxis weiter arbeitsfähig ist.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Grundsätzlich sollte die Praxis über ein Depot an Materialien/Medizinprodukten/ Arzneimitteln verfügen, um eine gewisse Zeit (z.B. einen Monat) ohne externe Versorgung überbrücken zu können (Collins et al. 2008; WHO 2007; Collins et al. 2006). Wichtig hierbei ist, dass Verfallsdatum der Vorräte zu überwachen, damit die Qualität aufrecht gehalten werden kann. Um den Prozess zu steuern können Übersichten genutzt werden. Zum einen müssen Materialien für das Depot wieder bestellt werden, zum anderen sollten Materialien aus dem Depot als erstes vor Ablauf des Mindesthaltbarkeitsdatums verwendet werden (WHO 2007). In jeder der Praxis sollte individuell identifiziert werden, welche Materialien/Medizinprodukte/Arzneimittel etc. in der Praxis regelmäßig gebraucht werden.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente“ /Infrastruktur
Erhebungsinstrumente	05- Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Stehen in der Praxis die zur Patientenversorgung benötigten Materialien, Medizinprodukte und Arzneimittel in ausreichender Menge zur Verfügung?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Wenn möglich sollte ein Blick in den Vorratsraum auf die Lagerhaltung geworfen werden. Hier kann unter anderem auf die Bestellung des Sprechstundenbedarfs hingewiesen werden. (SSB-V). Die Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf unterliegt häufigen Änderungen, ist regional unterschiedlich und bei der eigenen KV erfahr- und abrufbar. Der Sprechstundenbedarf ist dem strengen Wirtschaftlichkeitsprinzip unterworfen und deckt in der Regel nicht den tatsächlichen Praxisverbrauch ab.
Originalformulierung	Es gibt ein Verfahren, welches regelt das die Instrumente und Verbrauchsmaterialien stets in ausreichender Menge vorrätig und leicht erreichbar sind. Indikatorenset EPA 3.1 ZA (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Lagerkapazitäten
Indikator-ID 16	Die Praxis verfügt über ausreichend Stauraum und Lagerkapazitäten für Materialien, Medizinprodukte und Arzneimittel
Kommentar	-
Qualitätsziel	Für die Behandlung benötigte Materialien müssen in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen und ein der Menge entsprechender Lagerraum soll zur Verfügung stehen. Im Krisenfall soll die Praxis auf ihren Vorrat zugreifen können umso die adäquate Patientenversorgung für z.B. einen Monat sicherzustellen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Im Falle, dass eine Einlagerung von häufig gebrauchten Materialien notwendig wird, sollten in der Praxis dafür ausreichend Lagerkapazitäten vorhanden sein (Collins et al. 2008). Entsprechende Regale/Stauraum müssen hierfür identifiziert und im Ernstfall verfügbar gemacht werden. Beispielsweise können auch externe Lagerräume wie Keller, Garagen oder Container verwendet werden. Die entsprechenden Lieferanten müssen bei externen Lagern über die aktuelle Anschrift, zumindest bei einer Bestellung, informiert werden. Zuständige Mitarbeiter sollten sich Übersichten erstellen, wo sich welche Materialien befinden und mit dem Verfallsdatum vermerken.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Räumlichkeiten“/ Infrastruktur
Erhebungsinstrumente	05- Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Verfügt die Praxis über ausreichend Stauraum und Lagerkapazitäten für Materialien, Medizinprodukte und Arzneimittel?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	In der Regel ist es der Fall, dass immer noch irgendwo etwas gelagert werden kann. Es sollte allerdings trocken und staubgeschützt sein. Außerdem dürfen gelagerte Kartons nicht zu Stolperfallen werden oder die Patienten bzw. Mitarbeitenden in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken. Sollte kein Lagerraum vorhanden sein, dann kann der Tipp gegeben werden einen Lagerraum oder einen Container zu mieten.
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

--	--

Kurzname	Personalschlüssel
Indikator-ID 17	Die Praxis verfügt über einen dem Bedarf angepassten Personalschlüssel
Kommentar	
Qualitätsziel	Der für die Praxis geplante Tagesablauf mit der anfallenden Menge an Aufgaben muss jederzeit ausreichend durch die eingesetzte Anzahl an Mitarbeitenden gut durchgeführt werden können. Das Aufgabenvolumen muss der Menge an verfügbarem Personal entsprechen. Damit ein reibungsloser Praxisablauf gewährleistet ist.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Es muss sichergestellt sein, dass auch in Krisen der Bedarf an Personal gedeckt ist. Zudem gehört auch die Sicherstellung geeigneter Fachkräfte dazu (Rieckert et al. 2021; Collins et al. 2006). Das Arbeitsaufkommen der Praxis wird wahrgenommen und die Personalgestaltung daran ausgerichtet. Falls bei einer Unterbesetzung keine Aufstockung möglich ist, dann sollten ggf. Anpassungen im Praxisalltag, wie ein Aufnahmestopp oder eine Verkürzung der Sprechzeiten in Erwägung gezogen und vorgenommen werden. Alternativ sind weitere Möglichkeiten, wie Personal-Sharing oder ähnliches in Betracht zu ziehen.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Personalmanagement“ / Team
Erhebungsinstrumente	01 - Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Verfügt die Praxis über einen dem Bedarf angepassten Personalschlüssel?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	In der Regel sollte entsprechend ausreichend Personal eingestellt werden. In Krisenfällen kann z.B. eine verbesserte Personalstruktur erreicht werden, wenn das Instrument des Personal-Sharing angewendet wird. Es könnte sich auch mit anderen Praxen vernetzt werden, umso Personal im Bedarfsfall austauschen. Eine weitere Möglichkeit ist es, Springerjobs zu schaffen.
Originalformulierung	Der Personalbedarf der Praxis ist gedeckt. Indikatorset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenberg, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Mitarbeiterschulungen – Fokus Krise
Indikator-ID 18	Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil.
Kommentar	-
Qualitätsziel	Durch regelmäßige Schulungen/Fortbildungen soll ein hoher Wissens- und Kenntnisstand erreicht werden. Die Regelmäßigkeit beschreibt in diesem Zusammenhang einen Zeitraum von mindestens einmal jährlich pro Mitarbeitenden. Auch interne Schulungen mit durch Datum und Unterschrift der beteiligten Personen (Referent und Teilnehmer) sind zulässig. Durch diese Maßnahmen soll erreicht werden, dass aktuelles Wissen richtig angewendet Risiken und Krisen vorbeugen kann.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Durch die regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeitenden soll zum einen Awareness gegenüber potenziellen Krisensituationen/Risiken wie auftretenden Erkrankungen aber auch Resilienz geschaffen werden (Rieckert et al. 2021). Weiterhin sollen die generellen Kompetenzen der Mitarbeitenden, hierzu gehören ggf. auch Reinigungspersonal etc. (Collins et al. 2006), stets weiterentwickelt werden. Hierbei ist ebenfalls wichtig, dass alle Mitarbeitenden auf dem neusten Stand bleiben und ggf. „Trends“ und neue Erkenntnisse in der Patientenversorgung erkannt und angewendet werden. Daher sollten zertifizierte Schulungen/Kurse ausgewählt werden, die auch praktische Übungen beinhalten (WHO 2007). Schulungsinhalte können z.B. sein: - Schulungen zu Pandemien (inkl. Triage, Quarantäne, Abfallentsorgung, Probenlagerung) (Collins et al. 2006) - Gesundheitliche Folgen des Klimawandels, z.B. spezielle Erkrankungen (WHO 2007) - Maßnahmen zur Reduktion des ökol. Fußabdrucks - Notfallschulung - Krankheitsspezifische Schulungen - Techniks Schulungen (PVS, Digitalisierung generell)
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Aus- und Weiterbildung“ /Team
Erhebungsinstrumente	03 - Fragebogen für Fragebogen für Mitarbeitende
Items:	Nehmen Sie regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, sie auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Mindestens einmal jährlich. Es kann sich auch um interne Schulungen/Unterweisungen handeln.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	EPA hält hierzu Informationen auf der Materialienseite bereit
Originalformulierung	1. Alle Mitarbeiter besuchen regelmäßig Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen; 2. Alle Mitarbeiter haben im letzten Jahr an einer arbeitsplatzbezogenen Fortbildung teilgenommen Indikatorenset EPA HA 3.2 und ZA 3.1 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenbergh, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021).

How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.
WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Regionales Netzwerk
Indikator-ID 19	Die Praxis verfügt über ein regionales Netzwerk
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die Praxis soll in regionale Strukturen gut eingebunden sein, damit sie sich jederzeit mit allen Stakeholdern best- und schnellstmöglich austauschen kann. Ein ggf. gemeinsam abgestimmtes Vorgehen kann der Praxis Handlungssicherheit bieten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Praxis (stellvertretend sind alle Mitarbeitenden und Inhaber/innen gemeint) ist mit anderen kommunalen Einrichtungen wie Pflegeheimen, Krankenhäusern, weiteren Praxen, dem Gesundheitsamt, der Stadtverwaltung, und ähnlichen relevanten Organisationen vernetzt (Collins et al. 2006). Findet beispielsweise ein „runder Tisch“ mit den Beteiligten statt, beteiligt sich die Praxis hier ebenfalls aktiv. Die Kommunikation zu den Netzwerkpartnern sollte stets gepflegt und aufrechterhalten werden. Ein Netzwerk zu haben ist wichtig, um sich Informationen abgreifen und im Falle, beispielsweise einer Pandemie handeln schnell zu können (Collins et al. 2008).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Kommunikation mit anderen Leistungserbringern/Schnittstellenmanagement“ /Information
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Verfügt die Praxis über ein regionales Netzwerk?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxis soll sich darüber Gedanken machen, ob sie wirklich gut vernetzt ist. Die Praxis sollte eine Liste über die Netzwerkpartner führen.
Originalformulierung	Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

--	--

Kurzname	Qualitätszirkel
Indikator-ID 20	Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil
Kommentar	-
Qualitätsziel	Durch die regelmäßige Teilnahme (mindestens einmal im Jahr) an Qualitätszirkeln und/oder Netzwerktreffen soll eine Verbundenheit der Praxis mit anderen Praxen erreicht werden. Treffen dieser Art sind von gegenseitigem Nutzen, da Informationen und Erfahrungen auf verschiedenen Ebenen ausgetauscht werden.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Qualitätszirkel bieten den Ärzten die Möglichkeit, sich fachlich mit Kollegen auszutauschen, um neues Wissen zu erhalten. Zudem können in Qualitätszirkeln Kontakte geknüpft werden, die für eine individuelle Netzbildung wichtig sind (KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022; Bahrs et al. 2001). Die Praxis beteiligt sich aktiv an Qualitätszirkeln und praktiziert Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Praxen/Institutionen. Qualitätszirkel gibt es sowohl für ärztliche als auch für nicht-ärztliche Mitarbeitende. Während der Zeit der Corona-Pandemie haben sich zunehmend auch digitale Formate bewährt, so kann der wichtige Austausch auch über gesicherte digitale Medien geschehen (z.B. Foren, Gruppen).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Kommunikation mit anderen Leistungserbringern/Schnittstellenmanagement“/ Information
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Nimmt mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Es gibt Informationsmaterial auf der EPA-Materialienseite
Originalformulierung	1. Die ärztlichen Mitarbeiter beteiligen sich an anerkannten Qualitätszirkeln 2. Anteil der Ärzte der Praxis, die in den letzten 12 Monaten an mindestens 4 anerkannten Qualitätszirkeltreffen teilgenommen haben 3. Die Ärzte der Praxis beteiligen sich an einem Qualitätszirkel, der mit datenbasierten, praxisindividuellen Ergebnissen arbeitet Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Bahrs, O; Gerlach, F; Szecsenyi, J; Andres, E (2001). Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. Köln: Deutscher Ärzteverlag. KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022). Qualitätszirkel (QZ). https://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php (Zugriff am 26.04.2022).

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:

Ihr Kommentar	
---------------	--

Kurzname	Kontaktliste
Indikator-ID 21	Das Praxisteam verfügt über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung.
Kommentar	-
Qualitätsziel	Zur Erhöhung der Patientensicherheit: Um die Patientenversorgung bestmöglich sicherzustellen, soll die Praxis eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten, externen Ansprechpartner vorhalten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Praxis verfügt über eine aktuelle Liste mit allen wichtigen relevanten Telefonnummern, Adressen inklusive Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern. Beispiele für wichtige Kontakte: Giftzentrale, Gesundheitsamt, Tropeninstitut, IT-Dienstleister, Apotheke, Pandemieeinrichtungen usw. (WHO 2020; Collins et al. 2008). Die Ansprechpartner sind u.a. entsprechend der Krisenpläne zu beachten.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Kommunikation mit anderen Leistungserbringern/Schnittstellenmanagement“ / Information
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Verfügt das Praxisteam über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxis sollte diese Liste stets aktuell halten (Datum des aktuellen Stands). Außerdem muss darauf geachtet werden, dass diese Liste in papierbasierter Form (bestmöglich laminiert) an einem zentralen Ort (an der Rezeption) ausliegt, sodass bei Stromausfall auch darauf zugegriffen werden kann.
Originalformulierung	Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2020). WHO Guidance For Climate-Resilient And Environmentally Sustainable Health Care Facilities. Geneva: World Health Organization.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

--	--

Kurzname	Datensicherung
Indikator-ID 22	Digital erhobene Daten werden in der Praxis täglich gesichert und sicher aufbewahrt
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die Praxis stellt sicher, dass von relevanten Daten, die in digitaler Form erfasst werden, mindestens einmal täglich eine Sicherungskopie erstellt wird. Diese wird an einem sicheren Ort – getrennt von den Originaldaten sowie ggf. verschlüsselt – verwahrt und vor dem Zugriff Dritter geschützt. Dadurch soll erreicht werden, dass auf bereits erfasste Daten jederzeit wieder zugegriffen werden kann und bei einer technischen Panne wieder herstellbar sind.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Regelmäßige Sicherungen wichtiger Datenbestände sind eine Voraussetzung dafür, um einen IT-Ausfall sowie Beschädigungen des EDV-Systems durch Viren oder Hackerangriffe o.ä. möglichst schadlos zu überstehen. Patientendaten, wichtige Praxisdaten (z.B. Formulare, Ablaufpläne, wichtige Rufnummern etc.) sollten daher in Übereinstimmung mit dem Datenschutzkonzept der Praxis in engmaschigen Abständen – nach Möglichkeit täglich – als Sicherungskopie (Back-Up) gespeichert werden. Zu beachten ist, dass Trojaner oder andere Schadsoftware je nach Ausgestaltung auch auf Backups übergreifen können. Es sollten daher verschiedene Backupmedien (auch „Offline“-Sicherungen) angefertigt und mindestens eine Sicherungskopie an einem externen Standort verwahrt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass alle Backupmedien in geeigneter Form physisch aufbewahrt (z. B. Tresor, unterschiedliche Brandabschnitte, Gefahr von Wasserschäden, ...) und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen sind (z.B. durch Verschlüsselung der gespeicherten Daten) (Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz 2020; KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„IT-Sicherheit“/ Infrastruktur
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	1.) Werden Daten, die in der Praxis digital erfasst werden, täglich gesichert? 2.) Werden die Backupmedien sicher aufbewahrt?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	Wichtige Daten werden täglich gesichert. Indikatorenset EPA HA 3.2. (nicht frei verfügbar)
Literatur	Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, BLfD (2020). Cybersicherheit für medizinische Einrichtungen Best-Practice-Prüfkriterien Art. 32 DS-GVO: Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD), Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA). KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). Richtlinie nach § 75b SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	EDV-Ausfall Ersatzverfahren
Indikator-ID 23	Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann
Kommentar	-
Qualitätsziel	Damit der Praxisbetrieb im Falle eines EDV-Ausfalls (z.B. durch Stromausfall, Hackerangriff o.ä.) aufrechterhalten werden kann, soll die Praxis ein Ersatzverfahren implementiert haben.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Patientenakten, Anamnesebögen und ähnliche Dokumente, die nur digital vorliegen, liegen als Kopiervorlagen in analoger Form vor, damit sie im Falle eines EDV-Ausfalls herangezogen und der Praxisbetrieb aufrechterhalten werden kann. Die in diesen Ausnahmesituationen analog erhobenen Daten können dann nachträglich digitalisiert werden. Für die rasche Wiederherstellung der IT-Infrastruktur nach einem Ausfall sind auch die sichere Aufbewahrung zentraler Administrationszugangsdaten (z. B. im Tresor) und entsprechende Zugangsmöglichkeiten im Notfall relevant (Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz 2020; Kowalzik et al. 2020)
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Fehler- und Risikomanagement“ oder „IT-Sicherheit“ / Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1.) Hat die Praxis ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Im Sinne des Krisenszenario soll von der Praxis ein schriftliches Verfahren erarbeitet werden, welches sicherstellt, dass bei EDV-Ausfall weitergearbeitet werden kann. Dazu verfügt die Praxis beispielsweise über papierbasierte Vordrucke, die für normalerweise digital ablaufende Arbeitsschritte genutzt werden können (z.B. Patientenaufnahme, Anamnese, Überweisung, Rezeptausstellung etc.). Zudem ist zu beachten, dass auch technische Geräte wie EKG, Ultraschall etc. betroffen sein können, auch hier sind entsprechende Schritte festzulegen, die im Falle eines Ausfalls eingeleitet werden (z.B. Überweisung in andere Praxis, Verschiebung auf einen späteren Zeitpunkt). Die Voraussetzung für dieses Vorgehen liegt darin, dass zunächst ein Konzept ausgearbeitet wird, das festhält, an welchen Punkten der Aufnahme/Behandlung/Überweisung etc. eines Patienten digitale Tools zum Einsatz kommen, damit die notwendigen „Eingabemasken“ identifiziert und in analoger Form vorgehalten werden können. Ein Ordner mit entsprechenden analogen Formularen sollte an einem für alle zugänglichen Ort in der Praxis vorgehalten und stets dem aktuell gehalten werden.
Originalformulierung	-
Literatur	Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, BLfD (2020). Cybersicherheit für medizinische Einrichtungen Best-Practice-Prüfkriterien Art. 32 DS-GVO: Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD), Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA). Kowalzik, B; Hähn, F; Stolzenburg, K (2020). Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP). Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Schutzkonzept/ Deeskalationsmaßnahmen
Indikator-ID 24	Die Praxis hat Deeskalationsmaßnahmen in einem Schutzkonzept festgelegt, die allen Mitarbeitenden bekannt sind
Kommentar	-
Qualitätsziel	Zum Selbstschutz und zum Schutz weiterer Personen in der Praxis soll die Praxis über ein Schutzkonzept verfügen, indem Deeskalationsmaßnahmen festgelegt sind. Im Falle eines Übergriffes durch aggressive Patienten und Patientinnen/ Angehörige oder sonstige Personen verfügt das Praxisteam über Methoden und Kenntnisse, um mit der Situation umgehen zu können.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen begegnen in ihrem Arbeitsalltag immer öfter verbaler und körperlicher Gewalt (Beerheide 2018). Viele Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen haben bereits persönliche Erfahrungen mit verbaler und körperlicher Gewalt im Berufsumfeld machen müssen (Beerheide 2018). Umso relevanter ist es, Beschäftigte im Gesundheitswesen für den Umgang mit Gewalt zu schulen und sie gezielt darauf vorzubereiten, in kritischen Situationen deeskalierend einzugreifen. Entsprechende Deeskalationsmaßnahmen können vielfältig gestaltet sein. Sie können beispielsweise die Separierung der Beteiligten, das Hinzuziehen einer weiteren neutralen Person, sowie die Vorformulierung von deeskalierenden Formulierungen umfassen, auf die in der Kommunikation zurückgegriffen werden sollte. Eine Studie aus England kam zu dem Schluss, dass insbesondere die gute Kooperation des gesamten Praxisteams dazu beiträgt, um bei der Konfrontation mit aggressiven Verhaltensweisen eine gemeinsame Taktik zu verfolgen (Naish 2002). Bestenfalls sollten Praxisteams im Rahmen von Seminaren Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen erarbeiten und auf eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit aller Teammitglieder hinarbeiten. Dies trage auch dazu bei, aggressives Potential bei Praxisbesuchern frühzeitig zu erkennen und möglichst rasch zu entschärfen. Auch im Rahmen einer Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen wurde die Relevanz einer besseren Weiterbildung in deeskalierender Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis betont (Schmidt 2012). Auch in Australien nimmt das Training in deeskalierender Kommunikation einen hohen Stellenwert bei der Vorbeugung von Aggressionen ein (Benveniste 2005). In psychiatrischen Kliniken werden Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement bereits vielfach eingesetzt und tragen dazu bei, dass die Beschäftigten sich eher in der Lage fühlen, aggressive Situationen bewältigen zu können (Richter 2005). In diesem Kontext relevant, dass die Mitarbeiterenden der Praxis über Kompetenzen für den Umgang mit „schwierigen“ Patientinnen und Patienten verfügen. Diese Kompetenzen können z.B. durch gezielte Weiterbildungen oder auch den themenbezogenen Austausch im Team vermittelt und vertieft werden. Sie umfassen neben Maßnahmen für akute Beschwerde- oder Konfliktsituationen in der Praxis auch Handlungsanweisungen für Übergriffe oder Beleidigungen per Telefon oder Internet (z.B. in Online-Bewertungsportalen).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Prävention“ /Information
Erhebungsinstrumente	01- Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	1.) Hat die Praxis Deeskalationsmaßnahmen in einem Schutzkonzept festgelegt? 2.) Ist allen Mitarbeitenden bekannt, welche Maßnahmen in schwierigen Situationen anzuwenden sind?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-

Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Deeskalationsmaßnahmen: Dies betrifft Maßnahmen, um mit direkten verbalen oder körperlichen aggressiven bzw. gewalttätigen Handlungen umzugehen sowie für den Umgang mit telefonischem bzw. Online-Stalking oder ähnlichem. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat im Jahr 2019 einen Leitfaden für die Kommunikation im medizinischen Alltag herausgegeben, der Grundlagen der Kommunikation sowie verschiedene Gesprächsführungstechniken zusammenfasst und praxisrelevante Hilfestellungen gibt. Darüber hinaus werden von verschiedenen Anbietern Seminare und Workshops zu diesem Thema angeboten.
Originalformulierung	-
Literatur	Beerheide, R (2018). Zwischen Kümmerer und Burn-out Deutsches Ärzteblatt Jg. 115(Heft 43): 1923-1924. Benveniste, K, A., Hibbert, P. D., Runciman, W. B. (2005). Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. Med. J. Aust. 183: 348-351. Naish, J, Carter, Y. H., Gray, R. W., Stevens, T., Tissier, J. M. und Gantley, M. M. (2002). Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. Fam. Pract. 19: 504-510. Richter, D (2005). Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. Schmidt, J (2012). Gewalt gegen Rettungskräfte - Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. Bochum Lehrstuhl für Kriminologie, Kriminalpolitik und Polizeiwissenschaft Ruhr-Universität Bochum.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Notfalltrainings
Indikator-ID 25	Die Mitarbeitenden der Praxis nehmen mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil
Kommentar	-
Qualitätsziel	Es soll sichergestellt sein, dass betroffene Patienten im Notfall bestmöglich versorgt werden. Bei einem Notfall während der Praxisöffnungszeiten soll mindestens ein Mitarbeitender dazu in der Lage sein bis zum Eintreffen eines Rettungswagens erste Hilfe zu leisten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Der folgende Auszug aus dem Handbuch des Qualitätszirkel Moduls „Ambulante Notfallversorgung – Notfälle vermeiden“, das im Jahr 2018 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht wurde, bringt die Relevanz einer guten Vorbereitung auf medizinische Notfälle in der Praxis folgendermaßen auf den Punkt: <i>„Notfälle können bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und auch unabhängig davon auftreten. Sie erfordern neben der korrekten Notfallausstattung, die zum Zeitpunkt vollständig und funktionsfähig sein muss, ein abgestimmtes Handeln im geschulten Team. Unzureichende Vorbereitung auf Notfälle gefährdet nicht nur Patienten, sondern kann auch erhebliche juristische Konsequenzen haben. Das Notfallmanagement ist Bestandteil des Qualitätsmanagements. Nach dem Sozialgesetzbuch sind Praxen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a Abs. 2 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Qualitätsmanagement-Richtlinie 6 bestimmt, dass im Rahmen des Qualitätsmanagements insbesondere auch das Notfallmanagement zu regeln ist. Dazu heißt es: „Es wird eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird, vorgehalten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult.“ (Bürger et al. 2018)</i> Wie diese Ausführungen zeigen, ist es von hoher Relevanz, dass alle Mitarbeitenden einer Praxis regelmäßig an Notfallschulungen teilnehmen, die sie dazu befähigen, menschliches Leben zu retten oder akute gesundheitliche Notfälle bis zum Eintreffen weiterführender Hilfe abzuwenden oder zu mildern. Dies kann zum Beispiel ein Training zu Wiederbelebensmaßnahmen oder zur Nutzung des Notfalkoffers o.ä. sein.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Notfallmanagement“ / Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Nehmen die Mitarbeitenden der Praxis mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	EPA-Material ist vorhanden. Hier bieten viele Rettungsdienste Kurse an.
Originalformulierung	1. Die Praxis hat ein organisiertes Notfallmanagement, das die Maßnahmen im akuten Notfall festlegt. 2. Das Praxisteam probt jährlich praxisspezifische Notfälle. 3. Die Mitarbeiter der Praxis haben in den letzten drei Jahren an einer Schulung für den akuten medizinischen Notfall teilgenommen.

Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)	
Literatur	Bürger, C; Bürger, P; Quasdorf, I (2018). Ambulante Notfallversorgung - Notfälle vermeiden. Berlin Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Hitzeaktionsplan
Indikator-ID 26	Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeaktionsplan
Kommentar:	Sollte der Indikator „Kenntnisse zu Krisenplänen“ eingeführt werden, dann käme das Item 2 hier nicht zum Tragen.
Qualitätsziel	Zur Sicherstellung der Patientenversorgung bei Hitzewellen soll der Praxis ein individualisierter Hitzeaktionsplan vorliegen. Der Plan soll allen Praxismitarbeitern bekannt sein, damit er während einer extremen Hitzeperiode angewendet werden kann.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Auch hierzulande muss aufgrund des Klimawandels mit häufigeren und länger anhaltenden Hitzewellen gerechnet werden. Die konstant hohe hitzebedingte Übersterblichkeit zeigt, dass die Gesundheit älterer Menschen in Deutschland während Hitzeperioden bislang nicht ausreichend geschützt wird (Becker et al. 2020). Für die Verbesserung entsprechender Präventionsmaßnahmen kommt den Kommunen eine wichtige Rolle zu. Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern gibt es in Deutschland bislang jedoch nur wenige kommunale Hitzeaktionspläne (Osterloh 2022a; Osterloh 2022b). Unabhängig davon sollten jedoch auch niedergelassene Praxen Hitzeaktionspläne ausarbeiten, in denen sie individuell auf ihre Patientenkollektiv und ihr Umfeld angepasste Maßnahmen ausarbeiten. So können praxisindividuelle Hitzeaktionspläne beispielsweise Hinweise zu leichten und moderaten hitzebedingten Erkrankungen und ihrer Behandlung enthalten. Darüber hinaus sollte zu den Maßnahmen im Rahmen des Hitzeaktionsplans ebenfalls die Anpassung der Praxisräumlichkeiten gehören, um auch an heißen Tagen ein angenehmes Raumklima zu bewahren. Weitere Maßnahmen können zum Beispiel folgende sein: - Ausreichendes Wasserangebot für Mitarbeitende, Patienten und Patientinnen - Ausreichender Schutz vor direkter Sonneneinstrahlung beispielsweise durch Rollläden - Frischluftzufuhr, natürliche Ventilation und Raumtemperaturkontrolle - Sicherung einer angemessenen und kühlen Lagerung von Medikamenten Gerade die vulnerable Gruppe der Älteren und Hochaltrigen sowie gesundheitlich Vorbelastete, die in eigenem Haushalt leben, können über entsprechende Aktivitäten ihrer betreuenden Ärzte geschützt werden. Zu entsprechenden Maßnahmen können zum Beispiel die Medikamentenanpassung während Hitzeperioden sowie ein regelmäßiger Kontakt gehören, um unter anderem Zeichen einer Exsikkose frühzeitig erkennen und gegensteuern zu können. Jede niedergelassene Praxis sollte daher ein System etablieren, um ihre klimavulnerablen Patientinnen und Patienten bei Hitzeperioden zu identifizieren und zu unterstützen. Dies kann beispielsweise auch durch eine Reorganisation der Sprechstundenzeiten gelingen, indem die Mittagszeiten verlängert werden und stattdessen die Sprechstunden am Morgen und am Abend erweitert werden (Osterloh 2022a; Osterloh 2022b).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Prävention“ oder „Klima und Nachhaltigkeit“
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1.) Verfügt die Praxis über einen individualisierten Hitzeaktionsplan? 2.) Sind alle Mitarbeitenden über die Inhalte und den Ablageort informiert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-

Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Seit 2021 informiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf dem Internetportal klima-mensch-gesundheit.de zu den Auswirkungen des Klimawandels und der steigenden Temperaturen auf die menschliche Gesundheit. Auf der neuen Website finden sich qualitätsgeprüfte und unabhängige Informationen, wie sie Hitzebelastungen vorbeugen können. Darüber hinaus erhalten Fachpersonen Informationen, um Lebenswelten hitzetauglich zu gestalten und Menschen gezielt in ihrer alltäglichen Umgebung anzusprechen. EPA hat dazu ein Poster erarbeitet und stellt dies den Praxen für ihre Patienten zur Verfügung,
Originalformulierung	-
Literatur	Becker, C; Rapp, K; Klenk, J; Lindemann, U; Roigk, P (2020). Abschlussbericht: Prävention hitzebedingter Risiken bei älteren Menschen. Stuttgart: Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF). Osterloh, F (2022a). Schutz vor Hitze in den Städten. Deutsches Ärzteblatt Jg. 119(Heft 5): 166-168. Osterloh, F (2022b). Schutz vor der Hitze. Deutsches Ärzteblatt Jg. 119(Heft 5): 162-164.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Klimabeauftragte(r)
Indikator-ID 27	Die Praxis hat eine zuständige Person für klimabezogene Aufgabenfelder benannt
Kommentar	-
Qualitätsziel	Um im Hinblick auf klimabezogene Veränderungen gewappnet zu sein und adäquat zu handeln hat die Praxis ein oder mehrere verantwortliche Person(en) benannt. Diese benannten Klimabeauftragten tragen Sorge dafür, dass Klimaschutzmaßnahmen im Bedarfsfall angewendet werden (z.B. beim Auftreten einer Hitzewelle).
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Das primäre Ziel von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen besteht darin, die Gesundheit der Menschen zu erhalten. Diese wird allerdings zunehmend von Umweltveränderungen und den Folgen des Klimawandels bedroht. Durch Klimaschutzmaßnahmen in der eigenen Praxis können Praxisteams somit ebenfalls einen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Gesundheit ihrer Patienten leisten (Mezger et al. 2021). Laut einer Umfrage unter Niedergelassenen sind Ärztinnen und Ärzte bereit, in ihren Praxen und MVZs Klimaschutzmaßnahmen einzuleiten. Die Ergebnisse zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf und -willen über verschiedene Bereiche hinweg und belegen zugleich, dass viele der Befragten für die Implementierung von Klimaschutz in der Praxis mehr Informationen und Unterstützung benötigen (Mezger et al. 2021). Die Kooperation innerhalb des Praxisteams ist für die Einrichtung und Umsetzung von Klimaschutzmaßnahmen von besonderer Bedeutung. Das Einbeziehen von Mitarbeitenden in Klimaschutzmaßnahmen kann auch die Attraktivität der Praxis als Arbeitgeberin verbessern (Laloux 2016; Wirtenberg. J 2014). Projekte aus dem englischsprachigen Raum raten dazu, Verantwortliche für Klimaschutz innerhalb des Praxisteams zu benennen (My Green Doctor 2020; Royal College of General Practitioners UoB 2020). Entscheidend sei es dabei zudem, konkrete Maßnahmen und Zwischenziele festzulegen, die in definierten Zeiträumen erreicht werden sollen. Zudem sollte regelmäßig über den Fortschritt gesprochen und Erfolge anerkannt werden. Insofern ist es von großer Bedeutung, dass die Praxis ihrer verantwortungsvollen Rolle Rechnung trägt und eine oder mehrere verantwortliche Person(en) benennt, die sich mit der Entwicklung, Festlegung und Durchführung von Maßnahmen zur Reduktion des praxiseigenen ökologischen Fußabdrucks sowie mit der Bewältigung klimabezogener Herausforderungen befassen („Klimabeauftragte“). Die Person(en) sind dafür zuständig, dass die festgelegten Maßnahmen in der Praxis umgesetzt und alle Mitarbeitenden darüber informiert sind. Beispielsweise bestehen in der Praxis klar festgelegte Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Falle einer Hitzewelle als ein klimatisches Extremwetterereignis. Die zuständige Person(en) sorgt/sorgen beispielsweise dafür, dass der Hitzeaktionsplan eingehalten wird und alle Mitarbeitenden über das Vorgehen informiert sind. Die beauftragte Person für den Hitzeaktionsplan kann mit dem/ der Klimabeauftragte(n/m) identisch sein. Es kann auch eine Arbeitsgruppe, bestehend aus mehreren Personen, für diese Themen verantwortlich und zuständig sein.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Klima und Nachhaltigkeit“
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Hat die die Praxis hat eine zuständige Person für klimabezogene Aufgabenfelder benannt?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	z.B. Hitze, Smog u.a.

Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Initiative „mygreendoctor.org“, die im Vereinigten Königreich ins Leben gerufen wurde, hat einen sogenannten „Meeting-by-Meeting Guide“ erarbeitet. Mithilfe dieses englischsprachigen Angebots kann ein(e) Klimabeauftragte(r) auf ein umfassendes Angebot bereits vorgefertigter Arbeitsmaterialien für Teamsitzungen zurückgreifen. Die Arbeitsmaterialien können über folgenden Link abgerufen werden: https://mygreendoctor.org/meeting-by-meeting-guide/
Originalformulierung	-
Literatur	Laloux, F (2016). Reinventing Organizations visuell: Ein illustrierter Leitfaden sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. München: Verlag C.H.Beck. Mezger, NCS; Thöne, M; Wellstein, I; Schneider, F; Litke, N; Führer, AG; Clar, C; Kantelhardt, EJ (2021). Klimaschutz in der Praxis – Status Quo, Bereitschaft und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 166: 44-54. My Green Doctor (2020). Meeting-by-Meeting Guide https://mygreendoctor.org/meeting-by-meeting-guide (Zugriff am 02.05.2022). Royal College of General Practitioners UoB, HEESW, National Union of Students (2020). Green Impact for Health Toolkit http://www.greenimpact.org.uk/giforhealth. (Zugriff am 02.05.2022). Wirtenberg, J (2014). Building a Culture for Sustainability: People, Planet, and Profits in a New Green Economy. Santa Barbara: ABC-CLIO.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Klimarelevante Patienteninformationen
Indikator-ID 28	Die Praxis hält klimarelevante Informationen für Patienten bereit
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis werden zudem klimarelevante Informationen für Patienten und Patientinnen vorgehalten, die in laienverständlicher Sprache über resultierende Gesundheitsgefahren aufklären, damit die Patienten die Zusammenhänge zwischen klimatischen Veränderungen und gesundheitlichen Auswirkungen besser verstehen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Veränderung des Klimas hat direkte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und das Gesundheitswesen. Die Auswirkungen des Klimawandels werden künftig zunehmende Bedeutung in der Primärversorgung erlangen. In absehbarer Zukunft werden Extremwetterereignisse wie Starkregen und Hitzewellen mit direkten Gesundheitsgefahren, die Ausbreitung vektorbedingter Erkrankungen, allergischer Atemwegserkrankungen durch invasive Pflanzenarten, klimabedingte psychische Erkrankungen, Erkrankungen durch toxische Algenblüten sowie die Zunahme von Hautkrebs Erkrankungen und vorzeitige Todesfälle durch Luftschadstoffe zunehmend wichtige Themenfelder in der Patientenversorgung sein (DEGAM). Die Verbesserung der patientenbezogenen Versorgungsqualität in Hausarztpraxen in Bezug auf klimafolgenbedingte Gesundheitsfragen (z.B. zu Hitzewellen und vektorbezogenen Erkrankungen) fällt nicht zuletzt auch in den Verantwortungsbereich der medizinischen Versorger. Damit sollte auch die laienverständliche Wissensvermittlung zu den Zusammenhängen von Klimawandel und Gesundheit einhergehen. Es ist deshalb zum einen wichtig, dass sich Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter anderer Berufsgruppen im Gesundheitssystem mit diesem für viele noch unbekannten Thema intensiv befassen. Zudem muss über diese sowohl für alle Gesundheitsberufe – insbesondere aber auch über die für alle „normalen“ Bürgerinnen und Bürger als medizinische Laien noch weitgehend unbekannte Thematik – nachvollziehbar und verständlich aufgeklärt werden (Schmidt 2021). Zu diesem Zweck bietet sich neben einer gezielten Klimasprechstunde die Vorhaltung von entsprechendem klimarelevantem Informationsmaterial in laienverständlicher Sprache an.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Klima und Nachhaltigkeit“
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1.) Hält die Praxis hält klimarelevante Informationen für Patienten bereit?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Initiative „Greener Practice“, die in Großbritannien initiiert wurde, bietet auf ihrer Website unter anderem auch Informationen für Patient*innen an: https://www.greenerpractice.co.uk/information-and-resources/information-for-patients/ Eine beispielhafte Patienteninformation zum Umgang mit Hitze für den deutschsprachigen Raum wurde durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) veröffentlicht: https://www.patienten-information.de/medien/kurzinfomationen/hitze-kip.pdf
Originalformulierung	-
Literatur	DEGAM Positionspapier der AG Klimawandel und Gesundheit der DEGAM: Der Klimawandel ist die größte Bedrohung für die globale Gesundheit im 21.Jhd - Hausärzt*innen sind gefragt! Berlin: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Schmidt, I (2021). Vektorbedingte Infektionskrankheiten. Neue Herausforderungen durch den Klimawandel Pädiatrische Allergologie 04/2021: 9-15.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Klimasprechstunde
Indikator-ID 29	Die Praxis informiert die Patienten über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Klima (Klimasprechstunde)
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die Beziehung zwischen Gesundheit und Klima soll aktiv in die Sprechstunde mit aufgenommen werden. Dadurch soll eine angepasste und verbesserte Patientenversorgung erreicht werden, die aufgrund des sich verändernden Klimas notwendig geworden ist. Durch Information und Aufklärung sollen Patienten präventive Maßnahmen kennenlernen, um sich bestmöglich selbst, und gleichzeitig die Umwelt zu schützen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Das Konzept planetary health befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen der Gesundheit des Menschen und der Gesundheit des Planeten. Durch den Klimawandel treten zunehmend neue Herausforderungen auf, um die Gesundheit der Menschen zu erhalten. Über die Auswirkungen und Zusammenhänge – sowohl für die eigene Gesundheit als auch für das Klima – soll informiert und aufgeklärt werden (präventive Intervention) (Krolewski 2022a). Es sind den Patientinnen und Patienten Möglichkeiten zu Verhaltensänderungen aufzuzeigen, z.B. zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Hitze, Allergien, rationaler Antibiotikaeinsatz, neuartige Krankheitserreger usw. (Krolewski 2022b). Eine „Klimasprechstunde“ kann im Rahmen der gesundheitlichen Untersuchung (z.B. bei Neuaufnahme des Patienten, DMP oder zum regelmäßigen Check-up) erfolgen. Informiert werden sollten aber nicht nur Risikogruppen und besonders vulnerable Personen, sondern möglichst die gesamte Klientel.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01 - Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Informiert die Patienten über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Klima (Klimasprechstunde)?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Dies kann z.B. bei Neuaufnahme des Patienten, DMP oder zum regelmäßigen Check-up erfolgen.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Zur Unterstützung bei den Gesprächen in der Klimasprechstunde können klimarelevante Informationen bzw. Gesundheitsinformationen eingesetzt werden. Um sich selbst mit dem Thema besser auseinander zusetzen findet sich hier eine umfassende Informationsquelle zu einzelnen Krankheitsbildern. Interessante Informationen sind unter nachstehendem Link zu finden: https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/versorgungs-report/klima-und-gesundheit/
Originalformulierung	-
Literatur	Krolewski, R (2022a). "Klima-Sprechstunde" Eine (Be-)Handlungskonzept für gesunde Menschen auf einem gesunden Planeten. Bayrisches Ärzteblatt 03/2022: 84-86. Krolewski, R (2022b). Die Patienten informieren Deutsches Ärzteblatt 10/2022: 454-455.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Klimabedingte Erkrankungen
Indikator-ID 30	Die Praxis erfasst Kennzahlen zu klimabedingt erkrankten Patientinnen und Patienten
Kommentar	-
Qualitätsziel	Dokumentation und Erfassung von klimabedingten Erkrankungen: Zur bestmöglichen Betreuung der Patientinnen und Patienten soll die Praxis klimabedingte Erkrankungen erfassen. Anhand der Daten kann die Praxis Risikogruppen identifizieren, gewinnt einen Überblick über die Erkrankungen und kann anhand dessen ihr Praxiskonzept ausrichten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Klimabedingte Erkrankungen treten seit Jahren zunehmend auf. Entsprechend muss sich die Praxis damit auseinandersetzen und Maßnahmen ergreifen. Zuvor müssen die Patienten, die klimabedingt erkrankt sind, identifiziert werden. Hierzu kann der Arzt seine Patienten nach entsprechenden Diagnosen, Pflegestufen etc. (Becker et al. 2021) gruppieren. Kennzahlen können z. B. sein: - Arten der Erkrankungen (Hitzeschäden, Infektionskrankheiten wie FSME, Allergien, Asthma durch Feinstaub etc.) - Häufigkeiten - Schweregrade und Verläufe - Alter und Geschlecht - Medikation Sind die Patientengruppen identifiziert können Behandlungskonzepte angepasst werden, z.B. bei Hitze sind Hitzeerschöpfung und Kreislaufschwäche bei älteren Patientinnen und Patienten häufig. Auch müssen hier ggf. die Medikamente entsprechend angepasst werden, oder/und es kann eine proaktive Kontaktaufnahme zum Patienten erfolgen. (Becker et al. 2021)
Indikatortyp	Prozessqualität
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Erfasst die Praxis Kennzahlen zu klimabedingt erkrankten Patientinnen und Patienten?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Damit sind Erkrankungen wie z.B. Hitzeschäden (Dehydrierung), Infektionskrankheiten (z.B. FSME), Asthma durch Feinstaub etc.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Literatur	Becker, C; Klenk, J; J., F-M; Lindemann, U; Rapp, K (2021). Hitzewellen: neue Herausforderungen für die medizinische Versorgung von älteren Menschen. In: Versorgungs-Report Klima und Gesundheit. Günster, C; Klauber, J; Robra, B-P; Schmuker, C; Schneider, A (Hrsg.). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 79-87.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Nachhaltigkeitskonzept
Indikator-ID 31	Die Praxis verfügt über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise
Kommentar	Das zweite Item findet nur Anwendung, wenn der Indikator „Ressourcenschonend“ o. „ökologischer Fußabdruck“ nicht zu Tragen kommt (wg. Dopplung)
Qualitätsziel	Die Praxis bestimmt mindestens einmal jährlich, an welchen Stellen eine nachhaltigere Arbeitsweise umsetzbar ist und arbeitet konkrete Maßnahmen aus, mit deren Hilfe nachhaltigere und klimafreundlichere Praxisabläufe realisiert werden können.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Angehörigen der Gesundheitsberufe obliegt eine besondere Verantwortung, auf die Folgen des Klimawandels hinzuweisen und mit diesen umzugehen. Eine Aufgabe von Arztpraxen liegt daher darin, auf die gesundheitlichen Gefahren des Klimawandels aufmerksam zu machen und auf neue Krankheitsbilder sowie eine sich ändernde Medizin einzustellen (KLUG - Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit 2021). Darüber hinaus können sie durch Empfehlungen zu einer nachhaltigeren Lebensweise (z.B. Reduktion von tierischen Nahrungsbestandteilen, Fortbewegung zu Fuß oder mit dem Fahrrad etc.) die Gesundheit der Patient*innen fördern und gleichzeitig Klimaschäden verringern. Nicht zuletzt sollten Teams ihren Beitrag dazu leisten, eine deutliche Minderung des CO₂-Fußabdrucks unserer Gesellschaft zu erreichen, indem sie selbst in den Praxen auf eine Verringerung des Ressourcenverbrauchs achten. Die folgenden Bereiche bieten Anknüpfungspunkte, um nachhaltigere und klimafreundlichere Praxisabläufe zu realisieren: - Mobilität von Patienten und Patientinnen sowie Mitarbeitenden - Immobilie (z.B. Energieverbrauch, Wasserverbrauch, Ventilation, Baumaterialien) - Abfallmanagement - Patientenversorgung (Materialverbrauch, Effizienz, Maßnahmen zur Prävention, Verschreibung von Medikamenten und Antibiotika) - Lieferketten/ Beschaffung/ Einkauf - Digitalisierung Inspiration und Ideen für eine nachhaltigere Arbeitsweise in Praxen finden sich beispielsweise auch bei der Initiative „Greener Practice“, die in Großbritannien ein großes Angebot an Informationen und Maßnahmenvorschlägen veröffentlicht hat: https://www.greenerpractice.co.uk/information-and-resources/organisational-considerations/
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	1.) Verfügt die Praxis über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise? 2.) Sind die im Konzept festgelegten Maßnahmen allen Mitarbeitenden bekannt und arbeiten alle gemeinsam an ihrer Umsetzung?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Das Toolkit (https://www.greenimpact.org.uk/giforhealth) kann jeder Allgemeinmedizinischen Praxis helfen, ihre Nachhaltigkeit und ihren Umwelteinfluss zu verbessern, ihre schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit des Planeten und die Risiken

	des Klimawandels zu verringern und ihre Praxisausgaben zu senken. Es beantwortet die Frage: "Was können wir in unserer Praxis tun?".
Originalformulierung	-
Literatur	KLUG - Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (2021). Handout: Wege zur Klimaneutralität in der eigenen Praxis Planetary Health Academy.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Ökologischer Fußabdruck
Indikator-ID 32	Die Praxis kalkuliert jährlich ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines CO2-Rechners.
Qualitätsziel	Das Praxisteam kalkuliert regelmäßig den CO2-Fußabdruck der Praxis, um mögliche Ansätze zu identifizieren, die dazu beitragen können den CO2-Ausstoß zu verringern.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Das Gesundheitssystem trägt mit rund 7 % zum Gesamt-CO2-Ausstoß in Deutschland bei und ist damit ein großer Einflussfaktor im Hinblick auf klimatische Veränderungen (Pichler et al. 2019). Um die Erderwärmung gemäß der im Pariser Klimaabkommen festgelegten Ziele zu begrenzen, muss der CO2-Ausstoß der gesamten Gesellschaft reduziert werden. Insofern ist es von hoher Relevanz, dass auch jede Praxis ein Bewusstsein für ihren eigenen Ressourcenverbrauch entwickelt und auf Einsparpotentiale aufmerksam gemacht wird. So kann die Praxis beispielsweise regelmäßig den Verbrauch messen und entsprechende Handlungen ableiten. Neben einer Reduktion des Energie- und Wasserverbrauchs oder einer Umstellung auf alternative/ erneuerbare Energiequellen z.B. Solar, Windkraft, Wasserkraft kann die Praxis z.B. auch auf die Aufbereitung von Regenwasser als Nutzwasser setzen. Wichtig ist auch die Einbindung der Mitarbeitenden, da sie durch Nutzung der Geräte etc. wesentlich den Energieverbrauch beeinflussen. Informationen oder auch Schulungen können zu einem Umdenken beitragen (Binder et al.). Durch Aufklärung der Patienten zu gesunden Lebensweisen, präventiven Maßnahmen etc. kann zudem der Medikamentenverbrauch gesenkt werden (Litke 2022). Mithilfe eines speziell auf medizinische Praxen zugeschnittenen CO2-Rechners lässt sich anhand verschiedener Kategorien strukturiert der Ressourcenverbrauch der eigenen Praxis ermitteln. Neben den Räumlichkeiten der Praxis spielen hier beispielsweise der Energie- und Wasserverbrauch aber auch der Verbrauch sonstiger Ressourcen (z.B. Papier, Desinfektionsmittel, Verbandsmaterial etc.) aber auch die Verschreibung von Medikamenten eine Rolle. Auf Grundlage der Angaben im Rechner wird der CO2-Fußabdruck eines Jahres berechnet. Ein Beispiel für einen entsprechenden CO2-Rechner findet sich hier: https://www.thankyounature.org/medizinische-praxis?status=calc&page=allgemein
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Klima und Nachhaltigkeit“ z.B. Patientensicherheit, Effektivität, Patientenorientierung, Zugang zur Versorgung (ggf. können Sie auch ein anderes Referenzsystem verwenden) Dimension: Krisenresilienz
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	1. Kalkuliert die Praxis jährlich ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines CO2-Rechners? 2. Leitet das Praxisteam auf Basis der Kalkulation Maßnahmen zur Reduktion des ökologischen Fußabdrucks ab und setzt diese strukturiert in die Tat um?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit.

Litke, NA (2022). Klimaschutz in Krankenhäusern und ambulanten Praxen. Ärztliche Psychotherapie 17(1): 22-27.

Pichler, P-P; Jaccard, IS; Weisz, U; Weisz, H (2019). International comparison of health care carbon footprints. Environmental Research Letters 14(6): 064004.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Erneuerbare Energie
Indikator-ID 33	Die Praxis bezieht ihre Energie aus erneuerbaren Quellen.
Qualitätsziel	Um den eigenen CO ₂ -Fußabdruck zu verringern und damit einen Beitrag zu leisten, die Auswirkungen des Klimawandels abzumildern, bezieht die Praxis ihre Strom- und Heizenergie aus erneuerbaren Quellen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Je stärker die Auswirkungen des Klimawandels spürbar werden, umso mehr wächst auch das Problembewusstsein in Gesundheitseinrichtungen für den eigenen ökologischen Fußabdruck. Für viele Beschäftigte im Gesundheitswesen ergibt sich daraus auch das Bedürfnis, den Status Quo zu verändern und die eigenen Emissionen zu verringern. Allerdings ist das Gesundheitssystem stark reguliert und einem erheblichen ökonomischen Druck unterworfen (Binder et al.). Nichtsdestotrotz bieten sich verschiedene Stellschrauben an, mit deren Hilfe jede Praxis dazu beitragen kann, nachhaltiger und klimafreundlicher zu agieren. Gerade der Energieverbrauch von Gesundheitseinrichtungen ist ein Hebel, der erhebliche Einsparpotentiale bieten kann. Aus diesem Grunde sollten Praxen stetig daran arbeiten, das gesamte Praxisteam ist für eine sparsame Nutzung von Wärme und Strom zu sensibilisieren. Darüber hinaus stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, um zu einem nachhaltigeren Umgang mit Strom und Wärme beitragen zu können, z.B.: <u>Strom</u> - Umstellung auf Ökostrom - Auswahl eines Stromanbieters, der aktiv in Erneuerbare investiert - Energie einsparen (z.B. Bewegungsmelder, LED, energiesparende Geräte, Akkus statt Batterien, Geräte ausschalten, beim Neukauf von Geräten auf die Energieeffizienz achten) - Ggf. Installation von Photovoltaik <u>Heizung</u> - Erwägen, ob Anschluss an nachhaltigere Heizquellen (Biogas, Fernwärme...) machbar ist - Absenken der Heiztemperatur außerhalb der (z.B. mithilfe von programmierbaren Thermostaten) - Gebäudeisolation (ggf. nachrüsten durch Dichtungsband an Fenstern) - Stoßlüften statt Dauerlüften
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Bezieht die Praxis ihre Energie aus erneuerbaren Quellen?
Skala:	Ja/Nein/nicht zutreffend
Headline/Instruction:	Falls aufgrund der baulichen Gegebenheiten eine Umstellung auf alternative Energieträger nicht möglich ist, ist hier „nicht zutreffend“ anzukreuzen.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit.

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Nachhaltige Mobilität
Indikator-ID 34	Die Praxis fördert nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis wird auf eine nachhaltige und umweltschonende Mobilität für Patienten und Mitarbeiter geachtet, um den CO2 Ausstoß zu verringern, um so einen Beitrag zum Klimaschutz zu leisten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Zur Verbesserung der Klimabilanz nimmt die Mobilität einen zentralen Stellenwert ein. Für Arztpraxen ergeben sich eine Reihe von Möglichkeiten, um den über Mobilität verursachten CO2 Austausch zu verringern. Die Praxis kann ihren Mitarbeitenden z.B. die Nutzung des Fahrrads als „Jobrad“ anbieten. Diverse Finanzierungsmöglichkeiten stehen dazu auf dem Markt zur Verfügung. Für einen generellen Umstieg auf Elektrofahrzeuge kann z.B. ein Leasing als Bestandteil des Gehaltes angeboten werden. Eine ausreichende Anzahl an Stellplätzen für Fahrräder sollte vorhanden sein und beim Einsatz von Elektroautos sind vor allem Ladesäulen mit Stellfläche wichtig. Ladesäulen wie auch Elektroautos werden aktuell häufig noch über staatliche Stellen gefördert (Mezger et al. 2021; Binder et al.). Für Hausbesuche, die die Praxis durchführt, bietet sich ebenfalls die Nutzung eines E-Autos oder E-Bike an. Um die Patienten zu unterstützen, kann die Praxis z.B. über die eigene Homepage als auch mit Aushängen im Wartezimmer auf die aktuellen Verbindungen des öffentlichen Nahverkehrs informieren. Gerade für anreisende Patienten aus dem Stadtgebiet könnten die öffentlichen Verkehrsmittel aktiv beworben werden.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit. Mezger, NCS; Thöne, M; Wellstein, I; Schneider, F; Litke, N; Führer, AG; Clar, C; Kantehardt, EJ (2021). Klimaschutz in der Praxis – Status Quo, Bereitschaft und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 166: 44-54.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Ressourcenschonend
Indikator-ID 35	Die Praxis schafft ein Bewusstsein für die sparsame Verwendung von Materialien (z.B. Tüten, Einmalartikel, Tüchern, Tupfer etc.) sowie für den rationalen Einsatz von Medikamenten
Kommentar	-
Qualitätsziel	Um die Ressourcen zu schonen, die bei der Herstellung für Materialien benötigt werden, soll die Praxis bewusst darauf achten diese sparsam zu verwenden (geringer Verbrauch). Dies gilt ebenso für den Einsatz von Medikamenten. Durch den rationalen Einsatz von Materialien und Medikamenten kann nicht nur Abfall reduziert, sondern gleichzeitig der Schutz des Klimas, der Umwelt und Gesundheit befördert werden.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Gerade im Gesundheitswesen ist der Einsatz von Verbrauchs- und Gebrauchsmittel hoch und steigt kontinuierlich weiter. Um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass bei der Herstellung von Materialien und Hilfsmitteln viele Ressourcen verbraucht werden (z.B. Holz und Energie für die Herstellung von Papier) sollte sich die Praxis einen Überblick über den Verbrauch verschaffen. Bei Einkauf sind Lieferketten zu beachten und die Entsorgung der Produkte muss berücksichtigt werden (Binder et al.). - Wo können Materialien und somit Ressourcen eingespart werden? - Welche Materialien können in nachhaltige produzierte Materialien ausgetauscht werden? - Gibt es beispielsweise regionale Anbieter, um z.B. lange Transportwege zu vermeiden - usw. Aus einer Befragung von Mezger geht hervor, dass viele Ärzte wegen des hohen Materialverbrauchs besorgt sind. Immer häufiger verwenden Praxen aufgrund von günstigen Angeboten Einmalartikel. Dies wiederum bedeutet einen Anstieg an Abfall und Müll. Damit z.B. Mehrwegprodukte häufiger zum Einsatz kommen, müssten andere Wege beschritten werden, wie etwa Sterilisationsverfahren im Praxisverbund oder Anschluss an eine zentrale Aufbereitungsstelle (Mezger et al. 2021). Alle Akteure des Gesundheitswesens sollten ihre Leistungen möglichst klimaneutral und ressourcenschonend erbringen (Binder et al.).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	06- Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Schafft die Praxis ein Bewusstsein für: 1.) die sparsame Verwendung von Materialien (z.B. Tüten, Einmalartikel, Tüchern, Tupfer etc.)? 2.) den rationalen Einsatz von Medikamenten?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxisleitung kann hierzu z.B. Vorgaben in ihrem Leitbild/ Qualitätspolitik/ Unternehmensstrategie festlegen. Die Praxismitarbeitenden sollten angewiesen werden, sparsam im Umgang mit Materialien zu sein. Jeder im Team sollte seinen Beitrag leisten und ressourcenschonend agieren.
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit.

Mezger, NCS; Thöne, M; Wellstein, I; Schneider, F; Litke, N; Führer, AG; Clar, C; Kantelhardt, EJ (2021). Klimaschutz in der Praxis – Status Quo, Bereitschaft und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 166: 44-54.

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Kurzname	Nachhaltige Zusammenarbeit fördern
Indikator-ID 36	Die Praxis achtet auf die Zusammenarbeit mit Partnern, die für nachhaltiges Handeln stehen.
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die ökologische Effizienz der Praxis soll langfristig verbessert werden, indem die Praxis möglichst mit Partnern arbeitet, die es sich selbst zum Ziel gesetzt haben, ökologisch verantwortlich zu handeln.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	„Als nachhaltig wird eine Entwicklung bezeichnet, bei der heutige Bedürfnisse befriedigt werden (intergenerationale Gerechtigkeit), ohne zukünftigen Generationen die Lebensgrundlage zu entziehen (intragenerationale Gerechtigkeit)“ (Specht). Damit die Lebensgrundlage erhalten bleibt und die gesteckten Klimaziele erreicht werden können, sollte jedes Unternehmen seinen Beitrag leisten und auf nachhaltige Konzepte umstellen. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Partnern, die für nachhaltiges Handeln stehen, mit ein (WHO 1999). Es besteht für alle Betriebe ab 2024 in Europa über 250 Beschäftigten und 40 Mio. € Umsatz die Pflicht, jährlich einen Nachhaltigkeitsbericht zu erstellen. Dies wurde in der Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) der EU festgelegt. Davon sind die ambulanten Praxen nicht betroffen, dennoch kann in Anlehnung dessen eine eigene Verantwortung gesehen werden, um sich diesen Zielen anzuschließen (Wachsmuth et al. 2021). Neben der Zusammenarbeit mit Banken und Versicherungen, die nachhaltige und ressourcenschonende Finanz- und Versicherungsprodukte anbieten, spielt auch die Kooperation mit entsprechend agierenden Lieferanten eine Rolle. Oftmals fehlt es in Gesundheitseinrichtungen jedoch an Fachwissen und Zeit zur Nachverfolgung der Lieferketten und Produktionsprozesse der genutzten Verbrauchsmaterialien. Der Rahmenplan von KLUG empfiehlt daher Zusammenschlüsse mehrerer Einrichtungen als Einkaufsgemeinschaften, da auf diese Weise ein gezieltes Lieferantenmanagement betrieben werden kann. Dies wiederum ermöglicht es, Beschaffungsentscheidungen so zu treffen, dass die eigenen Lieferketten nachhaltiger organisiert werden und mit weniger CO₂-Ausstoß einhergehen (Binder et al.).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Achtet die Praxis auf die Zusammenarbeit mit Partnern, die für nachhaltiges Handeln stehen?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Nachhaltige Partner können Lieferanten, Banken, Versicherungen sein.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit. Specht, D. Nachhaltigkeit. Springer Gabler. https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/nachhaltigkeit-41203 (Zugriff am 03.05.2022). Wachsmuth, J; Duscha, V; Eckstein, J; Herbst, A; Plötz, P; Duwe, M; Evans, N; Freundt, M; Umpfenbach, K (2021). The European Commission's 2050 Vision "A clean planet for all" –

Implications for Sector Strategies and Climate Governance. Dessau-Roßlau:
Umweltbundesamt.
WHO (1999). Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische
Region der WHO. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Für Ihre Notizen

Ihre Bewertung	Relevanz:
	Klarheit/Verständlichkeit:
Ihr Kommentar	

Stand 22.06.2022

RESILARE Indikatoren

Abschließende Bewertung der Relevanz

01 Stärkung individuelle Resilienz	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Der Mitarbeitende hat die Möglichkeit alle drei Jahre an Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen teilzunehmen	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

02 Teambuilding-Maßnahmen	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: In der Praxis werden regelmäßig Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitern durchgeführt	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

03 Teamsitzungen	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: In der Praxis werden regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

04 Krisensitzungen	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Bei akuten Krisensituationen werden in der Praxis spontan Teambesprechungen einberufen	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

05 Führungsstärke durch Fortbildung	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Personalverantwortliche nehmen regelmäßig an Fortbildungsmaßnahmen zur Mitarbeiterführung teil	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

06 Beschwerde- und Fehlermanagement	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: In der Praxis ist ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement etabliert	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

07 Krisenbeauftragte(r)	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis hat geregelt welche Person bei identifizierten Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen einleitet	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

08 Kommunikationskanäle	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

09 Durchführung Patientenbefragung	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis führt regelmäßig Patientenbefragungen durch	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

10 Krisen- und Risikoidentifikation	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: In der Praxis wird regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Krisen und Risiken zu identifizieren	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

11 Krisenpläne	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Krisenpläne	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

12 Kenntnisse zu Krisenpläne	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Alle Mitarbeitenden der Praxis kennen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne und können auf diese zugreifen	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

13 Versicherte Risiken	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Individuelle Risiken der Praxis sind durch Versicherungen entsprechend abgedeckt (z.B. Inventar, Elektronik, Cyberangriffe, Praxisausfall etc.)	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

14 Finanzielle Rücklagen	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über angemessene finanzielle Rücklagen	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

15 Vorratshaltung	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die zur Patientenversorgung benötigten Materialien, Medizinprodukte und Arzneimittel stehen der Praxis in ausreichender Menge zur Verfügung	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

16 Lagerkapazitäten	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über ausreichend Stauraum und Lagerkapazitäten für Materialien, Medizinprodukte und Arzneimittel	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

17 Personalschlüssel	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über einen dem Bedarf angepassten Personalschlüssel	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

18 Mitarbeiterschulungen Fokus Krise	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

19 Regionales Netzwerk	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über ein regionales Netzwerk	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

20 Qualitätszirkel	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

21 Kontaktliste	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Das Praxisteam verfügt über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

22 Datensicherung	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Digital erhobene Daten werden in der Praxis täglich gesichert	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

23 EDV-Ausfall, Ersatzverfahren	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

24 Schutzkonzept/Deeskalationsmaßnahmen	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis hat Deeskalationsmaßnahmen in einem Schutzkonzept festgelegt	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

25 Notfalltrainings	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Mitarbeitenden der Praxis nehmen mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

26 Hitzeaktionsplan	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeaktionsplan	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

27 Klimabeauftragte(r)	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis hat eine zuständige Person für klimabezogene Aufgabenfelder benannt	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

28 Klimarelevante Informationen	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis hält klimarelevante Informationen für Patienten bereit	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

29 Klimasprechstunde	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis informiert die Patienten über den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Klima (Klimasprechstunde)	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

30 Klimabedingte Erkrankungen	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis erfasst Kennzahlen zu klimabedingt erkrankten Patientinnen und Patienten	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

31 Nachhaltigkeitskonzept	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis verfügt über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

32 Ökologischer Fußabdruck	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis kalkuliert jährlich ihren ökologischen Fußabdruck mit Hilfe eines CO2-Rechners	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

33 Erneuerbare Energie	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis bezieht ihre Energie aus erneuerbaren Quellen	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

34 Nachhaltige Mobilität	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis setzt auf nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

35 Ressourcenschonend	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis schafft ein Bewusstsein für den sparsamen Umgang mit Ressourcen, z.B. Verwendung und Einsatz von Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.)	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

36 Nachhaltige Zusammenarbeit fördern	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
Version 1: Die Praxis achtet auf die Zusammenarbeit mit Partnern, die für nachhaltiges Handeln stehen	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
Version 2:	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

Neue Indikatoren aus der Sitzung

37	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
38	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
39	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
40	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
41	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
42	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
43	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9
44	Nicht relevant	fraglich relevant	relevant
	☐ ☐ ☐ 1 2 3	☐ ☐ ☐ 4 5 6	☐ ☐ ☐ 7 8 9

Fragebogen für Praxisinhaber/-innen

Resilienz

1. Werden in der Praxis regelmäßig (mind. alle drei Jahre) Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitenden durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

z.B. externe Beratung, Workshops, Betriebsausflüge

2. Ist die Praxis in der Lage, in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben? ☐ ja ☐ nein

3. Ist die Praxisleitung daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten? ☐ ja ☐ nein

Prävention

4. Ist in der Praxis ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden? ☐ ja ☐ nein

5. Überprüft die Praxis in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht? ☐ ja ☐ nein

Organisation

6. Verfügt die Praxis über ein regionales Netzwerk? ☐ ja ☐ nein

7. Werden Daten, die in der Praxis digital erfasst werden, täglich gesichert? ☐ ja ☐ nein

8. Werden die Backupmedien sicher aufbewahrt? ☐ ja ☐ nein

Resilienz gegenüber Klimawandel

9. Informiert und beschäftigt sich die Praxis mit klimabedingten Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

10. Werden Fortbildungen zu klimabedingten Erkrankungen wahrgenommen? ☐ ja ☐ nein

11. Bezieht die Praxis ihre Energie aus erneuerbaren Quellen? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend

Falls aufgrund der baulichen Gegebenheiten eine Umstellung auf alternative Energieträger nicht möglich ist, ist hier 'nicht zutreffend' anzukreuzen.

12. Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Patientinnen und Patienten? ☐ ja ☐ nein

Datum der Visitation: _____ Beginn (Uhrzeit): _____ : _____ Ende (Uhrzeit): _____ :

An einigen Stellen wird nach **Verfahren** gefragt. Verfahren sind mündlich oder schriftlich verfasste Übereinkünfte/Leitlinien, wie gehandelt werden soll. Das Verfahren enthält drei Elemente:

- eine Definition
- die Benennung einer zuständigen Person
- die Angabe, wann bzw. in welchen Abständen bzw. unter welchen Umständen das Verfahren zum Einsatz kommt (z.B. täglich oder jedes Mal dann, wenn ein Patient/eine Patientin in die Praxis kommt)

	Resilienz	ja	nein	nicht zutreffend
1.	Werden in der Praxis regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt?	☐	☐	
2.	Werden in den Teamsitzungen vergangene und bestehende Ereignisse sowie durchgeführte Maßnahmen reflektiert? <i>z.B. in Bezug auf Inhalte der vorherigen Teamsitzung</i>	☐	☐	
3.	Werden alle Mitarbeitenden rechtzeitig über die aktuelle Krisensituation und wie zu handeln ist informiert? <i>Krisensituationen sind z.B. Pandemie, Extremwetterereignis, Cyber-Angriff, Personalausfall etc.</i>	☐	☐	
4.	Ist allen Mitarbeitenden bekannt, welche Schutzmaßnahmen in schwierigen Situationen (z.B. bei aggressiven/gewalttätigen Verhalten) anzuwenden sind?	☐	☐	
5.	Gibt der/die Praxisinhaberin/Praxisinhaber insbesondere im Krisenfall wertschätzendes und konstruktives Feedback an die Mitarbeitenden?	☐	☐	

	Prävention	ja	nein	nicht zutreffend
6.	Nehmen alle Mitarbeitenden regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/ Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil? <i>Mindestens alle drei Jahre sollten die Schulungen mit dem Fokus Krise/Resilienz stattfinden. Es kann sich auch um interne Schulungen handeln.</i>	☐	☐	
7.	Nehmen die Mitarbeitenden der Praxis mindestens einmal in drei Jahren an Notalltrainings teil?	☐	☐	
	Wenn bei Ihnen Krisenpläne vorhanden sind:			
8.	Kennen alle Mitarbeitenden der Praxis die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne? <i>Falls es keine Krisen- bzw. Handlungspläne gibt, dann ist hier 'nicht zutreffend' anzukreuzen. Es ist darauf zu achten, dass Krisenpläne nicht nur digital abgelegt sind, da bei Stromausfall nicht darauf zugegriffen werden kann.</i>	☐	☐	☐
9.	Wissen alle Mitarbeitenden der Praxis wo die Krisen- bzw. Handlungspläne zu finden sind?	☐	☐	☐

	Organisation	ja	nein	nicht zutreffend
10.	Verfügt die Praxis über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können?	☐	☐	

Organisation		ja	nein	nicht zutreffend
11.	Nehmen die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil?	☐	☐	
12.	Verfügt das Praxisteam über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung?	☐	☐	
13.	Hat die Praxis ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann?	☐	☐	
14.	Hat die Praxis ein Verfahren etabliert, dass für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt?	☐	☐	

Resilienz gegenüber Klimawandel		ja	nein	nicht zutreffend
15.	Hält die Praxis gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit?	☐	☐	
16.	Verfügt die Praxis über einen individualisierten Hitzeschutzplan?	☐	☐	
17.	Sind alle Mitarbeitenden über die Inhalte und den Ablageort informiert?	☐	☐	☐
18.	Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Mitarbeitende?	☐	☐	

Datum der Visitation: _____ Beginn (Uhrzeit): _____ : _____ Ende (Uhrzeit): _____ :

An einigen Stellen wird nach **Verfahren** gefragt. Verfahren sind mündlich oder schriftlich verfasste Übereinkünfte/Leitlinien, wie gehandelt werden soll. Das Verfahren enthält drei Elemente:

- eine Definition
- die Benennung einer zuständigen Person
- die Angabe, wann bzw. in welchen Abständen bzw. unter welchen Umständen das Verfahren zum Einsatz kommt (z.B. täglich oder jedes Mal dann, wenn ein Patient/eine Patientin in die Praxis kommt)

Resilienz	ja	nein	nicht zutreffend
1. Werden den Mitarbeitenden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten? <i>z.B. Achtsamkeitstrainings, Bildungsurlaub zum Erlernen von Entspannungstechniken etc.</i>	☐	☐	
2. Werden in der Praxis kurze, spontane Teambesprechungen bei akuten Krisensituationen einberufen?	☐	☐	
3. Hat die Praxis ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet?	☐	☐	
4. Werden dem Team Schulungen bezüglich des Umgangs mit Gewalt und Aggressionen in der Praxis zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit angeboten?	☐	☐	
5. Ist in der Praxis ein Beschwerdemanagement etabliert?	☐	☐	
6. Ist in der Praxis ein konstruktives Fehlermanagement etabliert?	☐	☐	

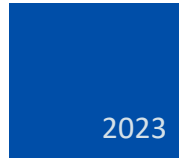
Prävention	ja	nein	nicht zutreffend
7. Wird in der Praxis regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren?	☐	☐	
8. Verfügt die Praxis über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen? <i>Ein 'ja' ist nur anzukreuzen, wenn mindestens drei Krisen- bzw. Handlungspläne vorliegen (z.B. Vorgehen bei Stromausfall mit den im Kühlschrank gelagerten Impfstoffen).</i>	☐	☐	

Organisation	ja	nein	nicht zutreffend
9. Nehmen die ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil?	☐	☐	

Resilienz gegenüber Klimawandel	ja	nein	nicht zutreffend
10. Verfügt die Praxis über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise?	☐	☐	
11. Sind die im Konzept festgelegten Maßnahmen allen Mitarbeitenden bekannt und arbeiten alle gemeinsam an ihrer Umsetzung?	☐	☐	☐

	Resilienz gegenüber Klimawandel	ja	nein	nicht zutreffend
12.	Bezieht die Praxis das Thema „Klima und Gesundheit“ anlassbezogen in die Patientenberatung mit ein? <i>Dies kann z.B. bei Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten, DMP oder in regelmäßigen Check-up erfolgen.</i>	☐	☐	
13.	Kalkuliert die Praxis regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments?	☐	☐	
	Schafft die Praxis ein Bewusstsein für:			
14.	die sparsame Verwendung von Materialien (z.B. Tüten, Einmalartikel, Tüchern, Tupfer etc.)	☐	☐	
15.	den Einkauf von möglichst nachhaltigen Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.)	☐	☐	
16.	Orientiert die Praxis ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten (z.B. Pulverinhalatoren statt Dosieraerosolen, Vermeidung von Diclofenac)? <i>Hiermit ist auch der rationale Einsatz von Antibiotika, Antipsychotika und die Vermeidung von bestimmten Analgetika gemeint. Es soll eine Übermedikation vermieden werden.</i>	☐	☐	
17.	Achtet die Praxis auf einen rationalen Einsatz von Medikamenten (Reduktion von Übermedikation)?	☐	☐	

Praxisname (ID) _____



Zusammenfassung der Visitation bzw. des Remote-Audits inkl. Verbesserungspotenziale

PROJEKT RESILARE

MARTINA.KOEPPE@AQUA-INSTITUT.DE

Ziel des Projektes

Im Rahmen des Projektes wurden die zuvor definierten Handlungsfelder und Krisensituationen anhand von Indikatoren überprüft. Insgesamt wurden 32 Indikatoren erhoben. Einige Indikatoren wiesen mehrere Fragestellungen auf, sodass nach der Visitation bzw. dem Remote-Audit letztlich 47 Items erhoben worden sind. Anhand der Überprüfung und der Besprechung der Ergebnisse soll Ihre Praxis Ideen und Hinweise erhalten, um mögliche Vorbereitungen für Krisensituationen zu treffen.

Die nachstehende schriftliche Zusammenfassung gibt Ihnen einen Überblick über die Indikatoren bzw. Themenbereiche, bei denen die Visitorin/ der Visitor, der/ die Projektmitarbeitende oder Sie selbst noch Optimierungsmöglichkeiten gesehen haben. Unter „Anmerkungen“ finden Sie Kommentare und Empfehlungen des Visitors.

Bei folgenden Indikatoren haben Sie/ haben wir Verbesserungsbedarf gesehen.

Resilienz

Resilienz	Text	Verbesserungsbedarf gesehen / besprochen?
Indikator 01	Den Mitarbeitenden werden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten.	
Item	Werden den Mitarbeitenden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten? <i>z.B. Achtsamkeitstrainings, Bildungsurlaub zum Erlernen von Entspannungstechniken etc.</i>	☐
Eigene Anmerkungen		
Informationen zum Thema		
Indikator 02	In der Praxis werden regelmäßig Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitenden durchgeführt	
Items	Werden in der Praxis regelmäßig (mind. alle drei Jahre) Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitenden durchgeführt?	☐
Eigene Anmerkungen		
Informationen zum Thema		
Indikator 03	In der Praxis werden regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt	☐

Items	1. Werden in der Praxis regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt? 2. Werden in den Teamsitzungen vergangene und bestehende Ereignisse sowie durchgeführte Maßnahmen reflektiert?	
Qualitätsziel	In der Praxis werden monatlich Teamsitzungen mit allen Mitarbeitern durchgeführt, um sich über aktuelle Themen und Probleme auszutauschen inklusive Reflexion.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 04	Bei akuten Krisensituationen werden in der Praxis spontan Teambesprechungen einberufen	☐
Items	1. Werden in der Praxis kurze, spontane Teambesprechungen bei akuten Krisensituationen einberufen? 2. Werden alle Mitarbeitenden rechtzeitig über die aktuelle Krisensituation und wie zu handeln ist informiert?	
Qualitätsziel	In der Praxis werden bei Krisensituationen kurze, spontane Teambesprechungen einberufen, um bei einer Krise ein Vorgehen bzw. Handlungsplan zu erstellen.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 41	Die Praxis ist in der Lage, in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben.	☐
Items	Ist die Praxis in der Lage, in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben?	
Qualitätsziel	In Krisensituationen bzw. bei Personalmangel soll die Praxis reagieren und die Aufgaben priorisieren bzw. neu verteilen. Durch diese Flexibilität soll sichergestellt sein, dass die Praxis weiterhin den Betrieb aufrechterhalten kann.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		

Indikator 24	Die Praxis hat ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet	☐
Items	1. Hat die Praxis ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet? 2. Werden dem Team Schulungen bezüglich des Umgangs mit Gewalt und Aggressionen in der Praxis zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit angeboten? 3. Ist allen Mitarbeitenden bekannt, welche Schutzmaßnahmen in schwierigen Situationen (z.B. aggressiven/ gewalttätigen Verhalten) anzuwenden sind?	
Qualitätsziel	Zum Selbstschutz und zum Schutz weiterer Personen in der Praxis soll die Praxis über ein Schutzkonzept verfügen, indem Deeskalationsmaßnahmen festgelegt sind. Im Falle eines Übergriffes durch aggressive Patienten und Patientinnen/ Angehörige oder sonstige Personen verfügt das Praxisteam über Methoden und Kenntnisse, um mit der Situation umgehen zu können.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 40	Die Praxisleitung ist daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten	☐
Items	1. Ist die Praxisleitung daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten? 2. Gibt der/ die Praxisinhaberin/ Praxisinhaber insbesondere im Krisenfall wertschätzendes und konstruktives Feedback an die Mitarbeitenden?	
Qualitätsziel	Die Mitarbeiterzufriedenheit soll möglichst auf einem gleichbleibend hohen Niveau, auch bei Krisensituationen aufrechterhalten werden, damit der Teamzusammenhalt gewährleistet ist	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 06	In der Praxis ist ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement etabliert	☐
Items	1. Ist in der Praxis ein Beschwerdemanagement etabliert? 2. Ist in der Praxis ein konstruktives Fehlermanagement etabliert?	
Qualitätsziel	Ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement ist in der Praxis etabliert, um den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zur Rückmeldung zu geben.	
Anmerkungen		

Weitere Informationen
und Unterstützungsmaterial

Prävention

Verbesserungsbedarf gesehen / besprochen?

Indikator 18	Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/ Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil	☐
Items	Nehmen alle Mitarbeitenden regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/ Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil?	
Qualitätsziel	Durch regelmäßige Schulungen/ Fortbildungen soll ein hoher Wissens- und Kenntnisstand erreicht werden. Die Regelmäßigkeit beschreibt in diesem Zusammenhang einen Zeitraum von mindestens einmal jährlich pro Mitarbeitenden. Auch interne Schulungen mit durch Datum und Unterschrift der beteiligten Personen (Referent und Teilnehmer) sind zulässig. Durch diese Maßnahmen soll erreicht werden, dass aktuelles Wissen richtig angewendet Risiken und Krisen vorbeugen kann.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 25	Die Mitarbeitenden der Praxis nehmen mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil	☐
Items	Nehmen die Mitarbeitenden der Praxis mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil?	
Qualitätsziel	Es soll sichergestellt sein, dass betroffene Patienten im Notfall bestmöglich versorgt werden. Bei einem Notfall während der Praxisöffnungszeiten soll mindestens ein Mitarbeitender dazu in der Lage sein bis zum Eintreffen eines Rettungswagens erste Hilfe zu leisten.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 10	In der Praxis wird regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren	☐

Items	Wird in der Praxis regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren?	
Qualitätsziel	In der Praxis wird regelmäßig (einmal im Jahr) ein Risiko-Assessment durchgeführt, um mögliche Krisen und Risiken frühzeitig zu identifizieren und zu bearbeiten.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 07	Die Praxis hat ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden	☐
Items	Ist in der Praxis ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden?	
Qualitätsziel	In der Praxis soll ein Verfahren festgelegt sein, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Im Krisenfall soll jeder wissen, was zu erledigen ist.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 11	Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen	☐
Items	Verfügt die Praxis über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen?	
Qualitätsziel	Für jede identifizierte Krise, die in der Praxis auftreten kann, soll es jeweils einen Krisen- bzw. Handlungsplan geben. Damit soll sichergestellt werden, dass bei einer auftretenden Krise eine hohe Handlungsfähigkeit des gesamten Praxisteam gegeben ist.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 12	Alle Mitarbeitenden der Praxis kennen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne und können auf diese zugreifen	☐
Items	1. Kennen alle Mitarbeitenden der Praxis die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne? 2. Wissen alle Mitarbeitenden der Praxis wo die Krisen- bzw. Handlungspläne zu finden sind?	
Qualitätsziel	Die Mitarbeitenden der Praxis sollen im Krisenfall best- und schnellstmöglich handeln können, um den Praxisbetrieb aufrecht zu erhalten und um Schäden zu minimieren.	

Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 13	Die Praxis überprüft in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht	☐
Items	Überprüft die Praxis in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht?	
Qualitätsziel	Größtmögliche Absicherung: zum Erhalt des finanziellen Gleichgewichts und damit die Existenz nicht bedroht ist, soll die Praxis für potenziell auftretende Schäden abgesichert sein.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		

Organisation

Verbesserungs-
bedarf gesehen /
besprochen?

Indikator 08	Die Praxis verfügt über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können	☐
Items	Verfügt die Praxis über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können?	
Qualitätsziel	Im Krisenfall soll sichergestellt sein, dass viele Patientinnen und Patienten der Praxis schnellst- und bestmöglich informiert werden können.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 19	Die Praxis verfügt über ein regionales Netzwerk	☐
Items	Verfügt die Praxis über ein regionales Netzwerk?	

Qualitätsziel	Die Praxis soll in regionale Strukturen gut eingebunden sein, damit sie sich jederzeit mit allen Stakeholdern best- und schnellstmöglich austauschen kann. Ein ggf. gemeinsam abgestimmtes Vorgehen kann der Praxis Handlungssicherheit bieten.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 20	Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/ oder ähnlichen Netzwerktreffen teil	☐
Items	1. Nehmen die ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/ oder ähnlichen Netzwerktreffen teil? 2. Nehmen die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/ oder ähnlichen Netzwerktreffen teil?	
Qualitätsziel	Durch die regelmäßige Teilnahme (mindestens einmal im Jahr) an Qualitätszirkeln und/ oder Netzwerktreffen soll eine Verbundenheit der Praxis mit anderen Praxen erreicht werden. Treffen dieser Art sind von gegenseitigem Nutzen, da Informationen und Erfahrungen auf verschiedenen Ebenen ausgetauscht werden.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 21	Das Praxisteam verfügt über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung	☐
Items	Verfügt das Praxisteam über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung?	
Qualitätsziel	Zur Erhöhung der Patientensicherheit: Um die Patientenversorgung bestmöglich sicherzustellen, soll die Praxis eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten, externen Ansprechpartner vorhalten.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 22	Digital erhobene Daten werden in der Praxis täglich gesichert	☐
Items	1. Werden Daten, die in der Praxis digital erfasst werden, täglich gesichert? 2. Werden die Backupmedien sicher aufbewahrt?	
Qualitätsziel	Die Praxis stellt sicher, dass von relevanten Daten, die in digitaler Form erfasst werden, mindestens einmal täglich eine Sicherungskopie erstellt wird. Diese wird an einem sicheren Ort – getrennt von den Originaldaten sowie ggf. verschlüsselt – verwahrt und vor dem	

	Zugriff Dritter geschützt. Dadurch soll erreicht werden, dass auf bereits erfasste Daten jederzeit wieder zugegriffen werden kann und die Daten bei einer technischen Panne wieder herstellbar sind.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 23	Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann	☐
Items	Hat die Praxis ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann?	
Qualitätsziel	Damit der Praxisbetrieb im Falle eines EDV-Ausfalls (z.B. durch Stromausfall, Hackerangriff o.ä.) aufrechterhalten werden kann, soll die Praxis ein Ersatzverfahren implementiert haben.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 15	Die Praxis hat ein Verfahren etabliert, das für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt	☐
Items	Hat die Praxis ein Verfahren etabliert, das für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt?	
Qualitätsziel	Es soll der Praxis ein - dem Bedarf- angepasster Vorrat an Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln zur Verfügung stehen, damit im Krisenfall die Praxis weiter arbeitsfähig ist.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		

Resilienz gegenüber Klimawandel

Verbesserungs-
bedarf gesehen /
besprochen?

Indikator 31	Die Praxis verfügt über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise	☐
Items	1. Verfügt die Praxis über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise? 2. Sind die im Konzept festgelegten Maßnahmen allen Mitarbeitenden bekannt und arbeiten alle gemeinsam an ihrer Umsetzung?	
Qualitätsziel	Die Praxis bestimmt mindestens einmal jährlich, an welchen Stellen eine nachhaltigere Arbeitsweise umsetzbar ist und arbeitet konkrete Maßnahmen aus, mit deren Hilfe nachhaltigere und klimafreundlichere Praxisabläufe realisiert werden können.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 28	Die Praxis hält gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit	☐
Items	Hält die Praxis gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit?	
Qualitätsziel	In der Praxis werden zudem klimarelevante Informationen für Patienten und Patientinnen vorgehalten, die in laienverständlicher Sprache über resultierende Gesundheitsgefahren aufklären, damit die Patienten die Zusammenhänge zwischen klimatischen Veränderungen und gesundheitlichen Auswirkungen besser verstehen.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 29	Die Praxis bezieht anlassbezogen das Thema „Klima und Gesundheit“ in die Patientenberatung mit ein	☐
Items	Bezieht die Praxis das Thema „Klima und Gesundheit“ anlassbezogen in die Patientenberatung mit ein?	
Qualitätsziel	Die Beziehung zwischen Gesundheit und Klima soll aktiv in die Sprechstunde mit aufgenommen werden. Dadurch soll eine angepasste und verbesserte Patientenversorgung erreicht werden, die aufgrund des sich verändernden Klimas notwendig geworden ist. Durch Information und Aufklärung sollen Patienten präventive Maßnahmen kennenlernen, um sich bestmöglich selbst, und gleichzeitig die Umwelt zu schützen.	
Anmerkungen		

Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 38	Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen	☐
Items	1. Informiert und beschäftigt sich die Praxis mit klimabedingten Erkrankungen? 2. Werden Fortbildungen zu klimabedingten Erkrankungen wahrgenommen?	
Qualitätsziel	Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen, um Patienten im Bedarfsfall aufzuklären bzw. entsprechend zu versorgen.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 26	Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeschutzplan	☐
Items	1. Verfügt die Praxis über einen individualisierten Hitzeschutzplan? 2. Sind alle Mitarbeitenden über die Inhalte und den Ablageort informiert?	
Qualitätsziel	Zur Sicherstellung der Patientenversorgung bei Hitzewellen soll der Praxis ein individualisierter Hitzeaktionsplan vorliegen. Der Plan soll allen Praxismitarbeitern bekannt sein, damit er während einer extremen Hitzeperiode angewendet werden kann.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 32	Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments	☐
Items	Kalkuliert die Praxis regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments?	
Qualitätsziel	Das Praxisteam kalkuliert regelmäßig den CO ₂ -Fußabdruck der Praxis, um mögliche Ansätze zu identifizieren, die dazu beitragen können den CO ₂ -Ausstoß zu verringern.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 33	Die Praxis bezieht ihre Energie aus erneuerbaren Quellen	☐

Items	Bezieht die Praxis ihre Energie aus erneuerbaren Quellen?	
Qualitätsziel	Um den eigenen CO ₂ -Fußabdruck zu verringern und damit einen Beitrag zu leisten, die Auswirkungen des Klimawandels abzumildern, bezieht die Praxis ihre Strom- und Heizenergie aus erneuerbaren Quellen.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 34	Die Praxis setzt auf nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende	☐
Items	1. Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Patientinnen und Patienten? 2. Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Mitarbeitende?	
Qualitätsziel	In der Praxis wird auf eine nachhaltige und umweltschonende Mobilität für Patienten und Mitarbeiter geachtet, um den CO ₂ Ausstoß zu verringern, um so einen Beitrag zum Klimaschutz zu leisten.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 35	Die Praxis schafft ein Bewusstsein für den sparsamen Umgang mit Ressourcen, z.B. Verwendung und Einsatz von Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.)	☐
Items	Schafft die Praxis ein Bewusstsein für: 1. die sparsame Verwendung von Materialien (z.B. Tüten, Einmalartikel, Tüchern, Tupfer etc.)? 2. den Einkauf von möglichst nachhaltigen Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.)?	
Qualitätsziel	Um die Ressourcen zu schonen, die bei der Herstellung für Materialien benötigt werden, soll die Praxis bewusst darauf achten diese sparsam zu verwenden (geringer Verbrauch). Dies gilt ebenso für den Einsatz von Medikamenten. Durch den rationalen Einsatz von Materialien und Medikamenten kann nicht nur Abfall reduziert, sondern gleichzeitig der Schutz des Klimas, der Umwelt und Gesundheit befördert werden.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		
Indikator 37	Die Praxis orientiert ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten	☐

Items	1. Orientiert die Praxis ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten (z.B. Pulverinhalatoren statt Dosieraerosolen, Vermeidung von Diclofenac)? 2. Achtet die Praxis auf einen rationalen Einsatz von Medikamenten (Reduktion von Übermedikation)?	
Qualitätsziel	Verordnung von Arzneimitteln im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie, um eine Überversorgung bzw. eine unnötige Belastung der Umwelt respektive des Wassers mit ausgeschiedenen oder entsorgten Wirkstoffen bzw. deren Abbauprodukten zu vermeiden.	
Anmerkungen		
Weitere Informationen und Unterstützungsmaterial		



Gefördert durch



Projekt RESILARE

Feedbackbericht

Musterpraxis

Datum der Visitation/des Remote-Audits: 15.03.2023

Erstellt am 18.08.2023 - 11:05

Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen (RESILARE)

Feedbackbericht zu den Ergebnissen der Pilotierung inklusive Benchmark zur Visitation/dem Remote-Audit am 15.03.2023

Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF20029 gefördert.

Anschrift des Herausgebers

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 • 37073 Göttingen
Telefon (+49) 0551-789 52 -0
Telefax (+49) 0551-789 52 -10
office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	
2	Zusammenfassung – Was zeigen die Daten?	5
2.1	Umsetzungsgrad der Indikatoren (gesamt)	5
2.2	Geplante Maßnahmen	6
3	Lesehinweise	7
4	Datengrundlage	9
4.1	Erhebungsinstrumente	9
4.2	Teilnehmende	9
4.3	Praxismerkmale	10
4.4	Qualitätsmanagement-Systeme	11
5	Indikatorenergebnisse im Vergleich	12
6	Handlungsfeld: Krisenresilienz	13
7	Handlungsfeld: Prävention	14
8	Handlungsfeld: Organisation	15
9	Handlungsfeld: Resilienz gegenüber Klimawandel	16

1 Einleitung

Der vorliegende Feedbackbericht ist Teil der dritten Studienphase des Projektes RESILARE¹ und fokussiert auf die Handlungsfelder Krisenresilienz², Prävention, Organisation und Klimawandel.

In diesem Projekt kamen die entwickelten Qualitätsindikatoren erstmals zur Anwendung. Die Ergebnisse des Berichts dienen als Übersicht des Status Quo, den wir in den teilnehmenden Praxen ermittelt und gegenübergestellt haben.

Das Projekt RESILARE gliederte sich in insgesamt drei Studienphasen:

- Identifikation von Ansatzpunkten zur Ableitung von Qualitätsindikatoren über eine Literaturrecherche (Scoping Review) sowie Interviews und Fokusgruppen,
- die Priorisierung und Bewertung der abgeleiteten Qualitätsindikatoren und
- die Pilotierung der entwickelten Qualitätsindikatoren in ambulanten Arztpraxen.

¹ Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen

² von lat. "resilire" = zurückspringen/abprallen

2 Zusammenfassung – Was zeigen die Daten?

An der Pilotierung des Indikatorensets nahmen 34 ambulant tätige Hausarztpraxen teil. Die geplanten Visitationen wurden aus Zeitgründen bei einigen Praxen (n = 23) in Form eines Videomeetings (Remote-Audits) durchgeführt. Bei den restlichen Praxen (n = 11) konnten die Visitationen vor Ort durchgeführt werden.

Die für diese Projektphase eingesetzten Visitorinnen und Visitoren sind geschulte QM-Fachexperten, die schon seit vielen Jahren dem Europäischen Praxisassessment (EPA) und der Stiftung Praxissiegel e.V. zur Verfügung stehen. In der Visitation/dem Remote-Audit wurden jeweils die Perspektiven eines nicht-ärztlichen Mitarbeitenden und eines ärztlichen Mitarbeitenden einbezogen. Ein Selbstassessmentbogen kam im Vorfeld zum Einsatz, dieser war an die Praxisleitung (ärztliche/-r Ansprechpartner/-in) gerichtet. Im Rahmen der Visitation wurden die Ergebnisse der drei eingesetzten Befragungsinstrumente (Selbstassessment, Checkliste und Interview) zusammengetragen und vorgestellt. Ein unterstützender Folienvortrag erklärte den Hintergrund des Projektes und die Zielsetzungen. Anhand von Beispielen sollte die praktische Anwendung der Indikatoren für den Praxisalltag verdeutlicht werden. Die Teammitglieder hatten die Möglichkeit, sich anschließend zu den neuen Themenfeldern auszutauschen und erste Ansatzpunkte für Strategien für ggf. zu bewältigende Krisen zu finden.

Aus den Rückmeldungen der Visitorinnen und Visitoren wird deutlich, dass die Visitationen im Großen und Ganzen sehr erfolgreich durchgeführt werden konnten. Die meisten Praxisteams konnten in den Gesprächen Verbesserungsbedarf für einzelne Themenfelder für ihre eigene Praxis erkennen und Tipps mitnehmen. Die eingesetzte Ergebnisdatenbank Visotool® mit einer Materialiensseite für den Download von Dokumenten bietet hier weitere Unterstützung. Es stehen dort Musterdokumente zur internen Verwendung, Informationen und weiterführende Links zur Verfügung.

2.1 Umsetzungsgrad der Indikatoren (gesamt)

Die nachstehende Tabelle zeigt die Ergebnisse³ zu den Indikatoren⁴ an, bei denen rechnerisch der geringste Umsetzungsgrad von allen teilnehmenden Praxen (n = 34) ermittelt worden ist.

Nr.	Indikator	Ergebnis aus den Erhebungen
1	Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments	26,5 %
2	Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeschutzplan	30,9 %
3	Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen	41,2 %
4	Die Praxis hält gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit	41,2 %
5	Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/ Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil	44,1 %
6	Die Praxis hat ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden	51,5 %
7	Die Praxis setzt auf nachhaltige Mobilität für Patientinnen, Patienten und Mitarbeitende	52,9 %
8	Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann	58,8 %
9	Die Praxis hat ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet	60,8 %

³ Antwortoptionen: ja/nein (ggf. nicht zutreffend)

⁴ Ein Indikator kann auch aus mehreren Items bestehen, siehe Beispiel Nr. 7

Nr.	Indikator	Ergebnis aus den Erhebungen
10	Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil	75,0 %

2.2 Geplante Maßnahmen

Diese Ergebnisse bestätigen, die während der Visitation/des Remote-Audits gemachten Angaben. In den Gesprächen, die im Rahmen der Visitationen/Remote-Audits stattfanden, stellte sich heraus, dass bei den nachfolgenden Indikatoren (Kurzbeschreibung) die Praxen am meisten Interesse haben, etwas zu verändern.

Die folgende Aufzählung gibt die acht häufigsten Umsetzungs- oder Ergänzungsmaßnahmen an:

- 21 Praxen planen die Implementierung eines Hitzeschutzplans und die Umsetzung entsprechender Maßnahmen
- 20 Praxen möchten Krisen – und Handlungspläne erstellen
- 19 Praxen möchten ein Schutzkonzept inkl. Deeskalationsmaßnahmen erstellen oder ergänzen
- 17 Praxen zeigen sich interessiert daran Resilienz-Schulungen wahrzunehmen
- 17 Praxen möchten ihren ökologischen Fußabdruck messen
- 16 Praxen sehen Bedarf, sich zu einem möglichen EDV-Ausfall Gedanken zu machen bzw. sich darauf vorzubereiten
- 14 Praxen möchten ihren Mitarbeitenden Maßnahmen zur Selbststärkung (Kursteilnahme) anbieten
- 14 Praxen wollen gesundheitsrelevante Klima-Informationen für ihre Patientinnen und Patienten anbieten

Es gibt drei Praxen, die bereits in allen Indikatoren 100 % erzielten, da bereits alle vorbereitenden Maßnahmen im Rahmen des Projektes umgesetzt worden sind.

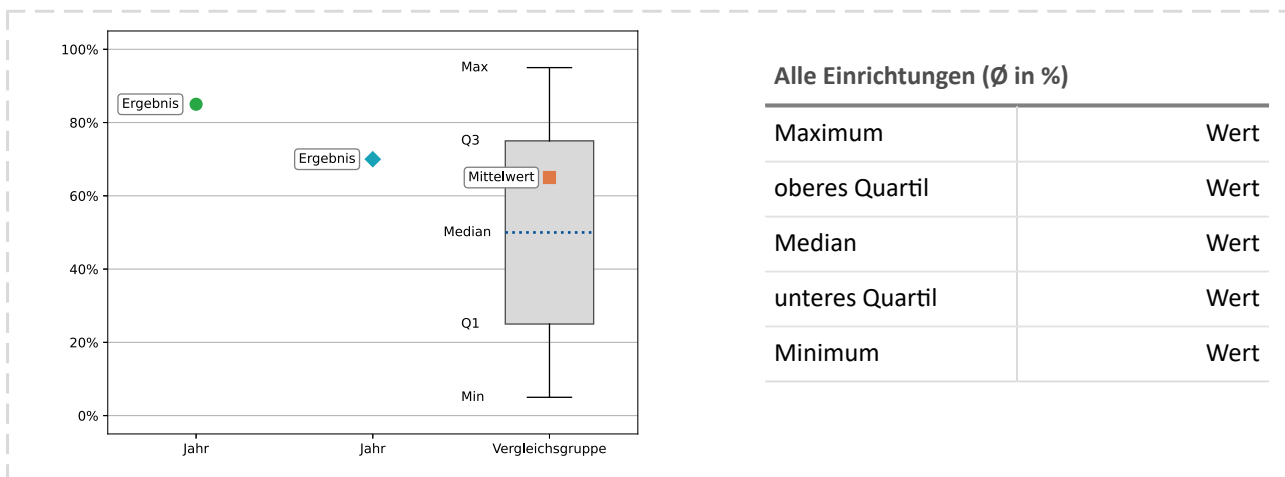
Nach dem Lesehinweis und der Datengrundlage folgen Ihre Ergebnisse im Vergleich mit den anderen teilnehmenden Praxen. Sie können die Ergebnisse zu den Handlungsfeldern auch im Visotool® mithilfe Ihres Passwortes einsehen.

3 Lesehinweise

Ergebnisse auf Basis aller teilnehmenden Einrichtungen

Für jeden Handlungsbereich wird zunächst das Ergebnis aller teilnehmenden Einrichtungen (s. Datengrundlage) im Vergleich zu Ihrem Ergebnis dargestellt. Um die Verteilung der Ergebnisse zu veranschaulichen werden Box-and-Whisker-Plots eingesetzt. Hiermit wird auf einen Blick ersichtlich, in welchem Wertebereich sich der überwiegende Anteil der Ergebnisse befindet und unterstützt Sie bei der Einordnung Ihrer Ergebnisse. Die in der Grafik dargestellten Verteilungswerte können Sie der Tabelle auf der rechten Seite entnehmen.

Beispiel:



Erläuterung der Grafik

Mittelwert	Der Mittelwert (Durchschnitt) stellt das durchschnittliche Ergebnis aller teilnehmenden Einrichtungen dar. Auf der linken Seite wird Ihr Ergebnis aus dem aktuellen Assessment dargestellt. Der Beschriftung auf der x-Achse ist zu entnehmen, in welchem Jahr das entsprechende Assessment erfolgte.
Quartile	Für jeden Indikator werden die durchschnittlichen Werte aller Praxen ansteigend angeordnet und in vier gleich große Gruppen bzw. Quartile unterteilt. 1: Minimum - Q1 2: Q1 - Median 3: Median - Q3 4: Q3 - Maximum
Minimum (Min)	Der Wert entspricht dem niedrigsten Ergebnis
unteres Quartil (Q1)	25 % der Ergebnisse sind kleiner oder gleich diesem Wert
Median	50 % der Ergebnisse sind kleiner und 50 % der Ergebnisse sind größer als dieser Wert
oberes Quartil (Q3)	25 % der Ergebnisse sind größer oder gleich diesem Wert
Maximum (Max)	Der Wert entspricht dem höchsten Ergebnis
Interquartilsabstand (Q1 - Q3)	Zwischen dem unteren und dem oberen Quartil liegen die mittleren 50 % der Ergebnisse

Ergebnisse Ihrer Einrichtung

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Form der folgenden Beispieltabelle:

		Ihr Ergebnis (%)	Alle Einrichtungen (Ø in %)	
		JAHR		
S1	S2	S3	S4	S5

Spalte(n)	Erläuterung
S1	Laufende Nummer des Indikators
S2	Bezeichnung des Indikators
S3	Ihr Ergebnis In bestimmten Fällen kann in dieser Spalte kein Ergebnis (in %) angezeigt werden. Dann finden Sie einen der folgenden Einträge: - Der Indikator wurde nicht bewertet. Dieser Fall trifft zu, wenn in Ihrer medizinischen Einrichtung bestimmte Kriterien nicht zutreffen (bspw. in Bezug auf die Räumlichkeiten oder das Leistungsspektrum etc.) und der Indikator für Ihre Einrichtung nicht relevant ist. - x Der Indikator konnte nicht berechnet werden. In der Regel tritt dieser Fall ein, wenn ein für die Berechnung notwendiges Datenfeld in einem der Fragebögen nicht ausgefüllt wurde.
S4	Diese Spalte zeigt Ihnen, wie Ihr Ergebnis im Vergleich zum Durchschnitt der Ergebnisse aller teilnehmenden Einrichtungen eingeordnet werden kann. Bedeutung der Symbole: △ Ihr Ergebnis liegt über dem Durchschnitt der Ergebnisse aller teilnehmenden Einrichtungen ○ Ihr Ergebnis entspricht dem Durchschnitt der Ergebnisse aller teilnehmenden Einrichtungen ▽ Ihr Ergebnis liegt unter dem Durchschnitt der Ergebnisse aller teilnehmenden Einrichtungen
S5	Durchschnittliches Ergebnis aller teilnehmenden Einrichtungen
S3, S5	Die Ergebnisse (sofern vorliegend) werden stets in % angegeben und kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet.

4 Datengrundlage

4.1 Erhebungsinstrumente

Ihre Praxis

Fragebogen	Einsatz	Auswertung (n)	Rücklauf (%)
Selbstassessment für ärztl. Ansprechpartner/-in	Versand	1	100,0
Interview für Praxisinhaber/-in	Vor-Ort/Remote	1	100,0
Checkliste für nicht-ärztliche Mitarbeitende	Vor-Ort/Remote	1	100,0

Alle teilnehmenden Praxen (n = 34)

Fragebogen	Einsatz	Auswertung (n)	Rücklauf (%)
Selbstassessment für ärztl. Ansprechpartner/-in	Versand	34	100,0
Interview für Praxisinhaber/-in	Vor-Ort/Remote	34	100,0
Checkliste für nicht-ärztliche Mitarbeitende	Vor-Ort/Remote	34	100,0

4.2 Teilnehmende

Es handelt sich hierbei um die Ansprechpartner/-innen der Praxen

	Anzahl	Anteil in %
Geschlecht der ärztlichen Teilnehmenden		
weiblich	10	29,4
männlich	24	70,6
divers	0	0,0
Geschlecht der nicht-ärztlichen Teilnehmenden		
weiblich	34	100,0
männlich	0	0,0
divers	0	0,0

4.3 Praxismerkmale

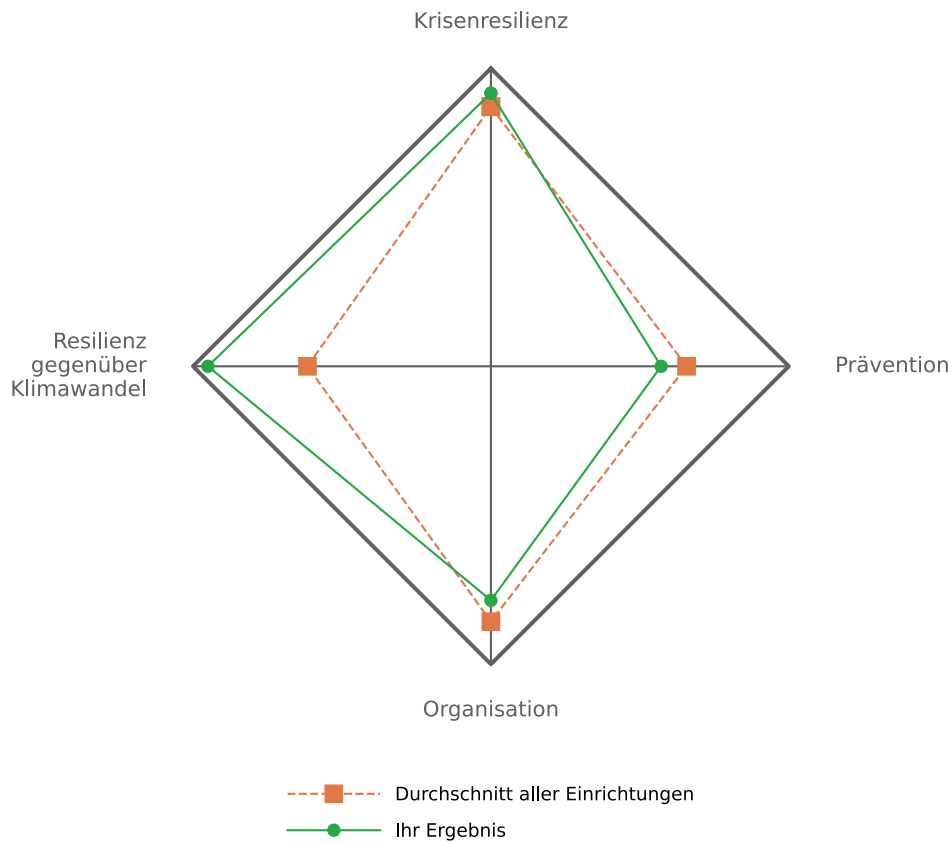
Ihre Praxis und Angaben aller teilnehmenden Pilotpraxen.

Merkmal	Praxis	Spannweite
Gründungsjahr	2005	1988 - 2022
Praxisgröße in Quadratmeter	218	80 - 1000
Größe des Praxisteam (Anzahl der Mitarbeitenden)	7	2 - 49
	Anzahl	Anteil in %
Organisationsform		
Einzelpraxis	12	35,3
Gemeinschaftspraxis	15	44,1
Berufsausübungsgemeinschaft	4	11,8
Praxisgemeinschaft	3	8,8
Praxissetting		
städtisch angesiedelt	16	47,1
ländlich angesiedelt	18	52,9
Bundesländer		
Baden-Württemberg	5	14,7
Bayern	13	38,2
Berlin	2	5,9
Bremen	1	2,9
Hessen	4	11,8
Mecklenburg-Vorpommern	1	2,9
Niedersachsen	1	2,9
Nordrhein-Westfalen	3	8,8
Sachsen	3	8,8
Schleswig-Holstein	1	2,9

4.4 Qualitätsmanagement-Systeme

	Anzahl	Anteil in %
Nicht vorhanden	7	20,6
befindet sich im Aufbau	2	5,9
QM-System vorhanden	25	73,5
QM-Systeme		
DIN EN ISO	2	4,0
EPA	15	60,0
Eigenes	1	4,0
KPMQ	1	4,0
QEP	5	20,0
Quisa	1	4,0
Vismed	1	4,0

5 Indikatorenergebnisse im Vergleich

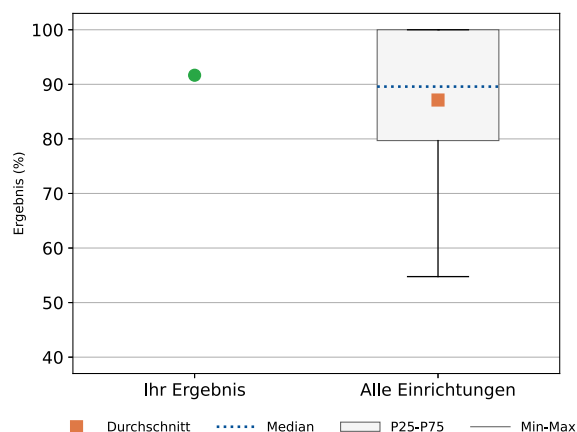


Ergebnisse in den einzelnen Handlungsfeldern

Handlungsfeld	Ihr Ergebnis (%)		Alle Einrichtungen (Ø in %)
Krisenresilienz	91,7	△	87,1
Prävention	57,1	▽	65,7
Organisation	78,6	▽	85,7
Resilienz gegenüber Klimawandel	95,0	△	61,6

6 Handlungsfeld: Krisenresilienz

Die Indikatoren des ersten Handlungsfeldes zielen darauf ab, sich mit der Stärkung der individuellen Resilienz und mit der Resilienz des Praxisteam zu beschäftigen. Die Praxis sollte Maßnahmen ergreifen, um die eigene Resilienz zu stärken.



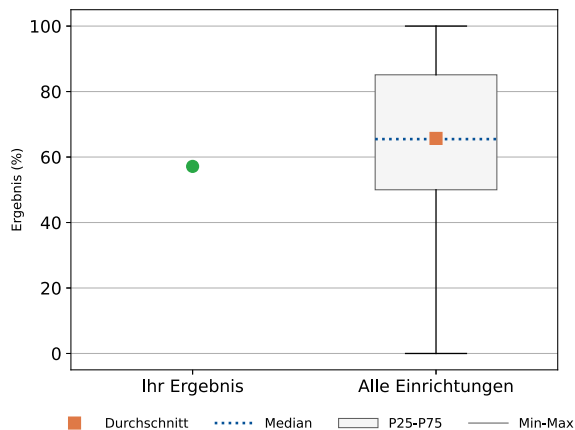
Alle Einrichtungen (Ø in %)

Maximum	100,0
oberes Quartil	100,0
Median	89,6
unteres Quartil	79,7
Minimum	54,8

	Ihr Ergebnis (%)		Alle Einrichtungen (Ø in %)
Ergebnis in diesem Handlungsfeld	91,7	△	87,1
Qualitätsindikatoren			
1 Den Mitarbeitenden werden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten	100,0	△	64,7
2 Bei akuten Krisensituationen werden in der Praxis spontan Teambesprechungen einberufen	100,0	△	95,6
3 Die Praxis ist in der Lage, in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben	100,0	△	97,0
4 In der Praxis werden regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt	100,0	△	98,5
5 Die Praxis hat ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet	33,3	▽	60,8
6 In der Praxis ist ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement etabliert	100,0	△	85,3
7 In der Praxis werden regelmäßig Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitenden durchgeführt	100,0	△	97,0
8 Die Praxisleitung ist daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten	100,0	○	100,0

7 Handlungsfeld: Prävention

Manche Krise ist vermeidbar. Die Indikatoren aus diesem Handlungsfeld bilden einen Bereich ab, bei dem durch gute Vorbereitung die Handlungsfähigkeit im Krisenfall der Praxis bestmöglich sichergestellt wird.



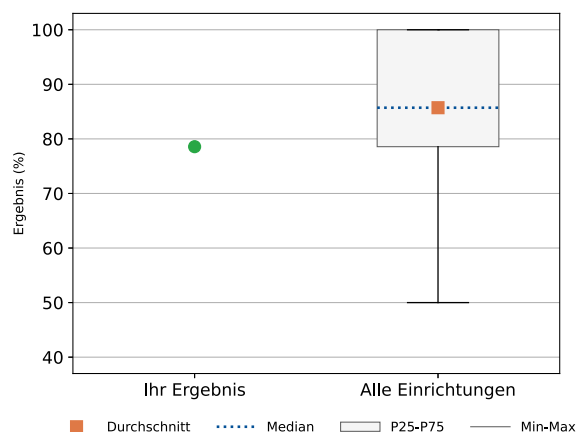
Alle Einrichtungen (Ø in %)

Maximum	100,0
oberes Quartil	85,1
Median	65,5
unteres Quartil	50,0
Minimum	0,0

	Ihr Ergebnis (%)		Alle Einrichtungen (Ø in %)
Ergebnis in diesem Handlungsfeld	57,1	▽	65,7
Qualitätsindikatoren			
1 In der Praxis wird regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren	100,0	△	82,4
2 Die Praxis hat ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden	100,0	△	51,5
3 Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen	100,0	△	41,2
4 Alle Mitarbeitenden der Praxis kennen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne und können auf diese zugreifen	100,0	△	88,2
5 Die Praxis überprüft in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht	0,0	▽	81,8
6 Die Mitarbeitenden der Praxis nehmen mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil	0,0	▽	91,2
7 Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil	0,0	▽	44,1

8 Handlungsfeld: Organisation

Gute Strukturen helfen, sich in belastenden Situationen zurecht zu finden. Gerade auch der Austausch mit anderen Kolleginnen und Kollegen ist von Bedeutung. Die nachstehenden Indikatoren zeigen Bereiche auf, die im "Worst Case" Halt geben können.



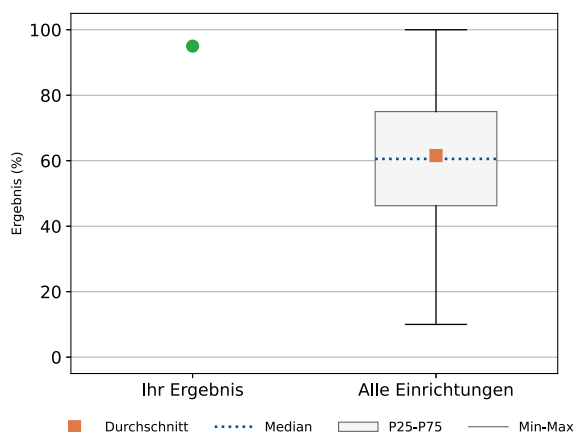
Alle Einrichtungen (Ø in %)

Maximum	100,0
oberes Quartil	100,0
Median	85,7
unteres Quartil	78,6
Minimum	50,0

	Ihr Ergebnis (%)		Alle Einrichtungen (Ø in %)
Ergebnis in diesem Handlungsfeld	78,6	▽	85,7
Qualitätsindikatoren			
1 Die Praxis verfügt über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können	100,0	△	88,2
2 Die Praxis verfügt über ein regionales Netzwerk	100,0	△	93,9
3 Das Praxisteam verfügt über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung	100,0	△	97,1
4 Die Praxis hat ein Verfahren etabliert, dass für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt	100,0	△	91,2
5 Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil	50,0	▽	75,0
6 Digital erhobene Daten werden in der Praxis täglich gesichert	100,0	△	95,5
7 Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann	0,0	▽	58,8

9 Handlungsfeld: Resilienz gegenüber Klimawandel

Dieses Handlungsfeld greift die aktuellen Entwicklungen auf. Durch das sich verändernde Klima ist ein Bündel an Maßnahmen wichtig, um den künftigen Anforderungen gewachsen zu sein. Dabei spielen abmildernde Maßnahmen und Handlungen (Mitigation) und die Anpassung (Adaptation) eine wesentliche Rolle.



Alle Einrichtungen (Ø in %)

Maximum	100,0
oberes Quartil	75,0
Median	60,6
unteres Quartil	46,2
Minimum	10,0

	Ihr Ergebnis (%)		Alle Einrichtungen (Ø in %)
Ergebnis in diesem Handlungsfeld	95,0	△	61,6
Qualitätsindikatoren			
1 Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeschutzplan	100,0	△	30,9
2 Die Praxis verfügt über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise	100,0	△	61,8
3 Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments	100,0	△	26,5
4 Die Praxis bezieht ihre Energie aus erneuerbaren Quellen	100,0	△	64,0
5 Die Praxis setzt auf nachhaltige Mobilität für Patientinnen, Patienten und Mitarbeitende	100,0	△	52,9
6 Die Praxis schafft ein Bewusstsein für den sparsamen Umgang mit Ressourcen, z.B. Verwendung und Einsatz von Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.)	50,0	▽	89,7
7 Die Praxis orientiert ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten	100,0	△	89,7
8 Die Praxis hält gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit	100,0	△	41,2
9 Die Praxis bezieht anlassbezogen das Thema „Klima und Gesundheit“ in die Patientenberatung mit ein	100,0	△	88,2
10 Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen	100,0	△	73,5

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

RESILARE-Fragebogen – TEIL I

1. Ihr Geschlecht?	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
2. Ihr Geburtsjahr?	_____
3. Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?	☐ Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) ☐ Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule ☐ Abitur/Hochschulreife ☐ ein Anderer: _____
4. Welcher ist Ihr höchster Berufsabschluss?	☐ Noch in beruflicher Ausbildung (einschließlich Auszubildende/r, Praktikant/-in, Student/-in) ☐ Schüler/-in und besuche eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o. Ä. ☐ Berufsausbildung abgeschlossen ☐ Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs-, Fachakademie abgeschlossen ☐ Bachelor an Fachhochschule abgeschlossen ☐ Bachelor an Universität abgeschlossen ☐ Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Master) ☐ Universitätsabschluss (z. B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master) ☐ Einen anderen beruflichen Abschluss / Sonstiges: _____
5. Seit wie vielen Jahren sind Sie berufstätig?	_____ Jahre
6. Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?	_____ Stunden
7. Falls Sie abhängig beschäftigt sind: Ist Ihr derzeitiges Arbeitsverhältnis zeitlich befristet?	☐ Befristet ☐ Unbefristet ☐ Nicht zutreffend



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

8. Sind Sie anderen
bei der Arbeit leitend
vorgesetzt, d.h. dass
Personen nach Ihren
Anweisungen
arbeiten?

☐ Ja

☐ Nein

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

Umgang mit schwierigen Situationen am Arbeitsplatz¹

Bitte stellen Sie sich vor, wie Sie im Rahmen Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit schwierige Situationen am Arbeitsplatz erlebt haben und wie Sie darauf reagiert haben. Bitte geben Sie in diesem Zusammenhang an, in welchem Ausmaß die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen.

	Trifft überhaupt nicht zu				Trifft voll und ganz zu		
	1	2	3	4	5	6	7
Wenn mich in der Arbeit etwas wütend macht, bekomme ich meinen Ärger schnell in den Griff.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schwierige Aufgaben in der Arbeit gehe ich an, indem ich mir verschiedene Handlungsmöglichkeiten überlege.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin davon überzeugt, dass die Konfrontation mit Problemen bei der Arbeit positiv zu meiner Entwicklung beiträgt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann verhindern, dass meine Gedanken ständig von schwierigen Aufgaben abschweifen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich bei der Arbeit zu aufgeregt werde, kann ich mich so beruhigen, dass ich bald wieder weitermachen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In aller Regel betrachte ich problematische Situationen am Arbeitsplatz aus mehreren Perspektiven.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Berufliche Probleme betrachte ich als eine Gelegenheit, meine Fähigkeiten einzubringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei schwierigen Aufgaben am Arbeitsplatz behalte ich mein Ziel im Auge und lasse mich nicht vom Weg abbringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Selbst in kritischen Situationen am Arbeitsplatz kann ich gut mit meinem Ärger umgehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Problemen am Arbeitsplatz überlege ich mir immer viele verschiedene Lösungsansätze.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine schwierige Arbeitssituation betrachte ich als eine Gelegenheit, neue Fähigkeiten zu erlernen und diese weiterzuentwickeln.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gebe nicht auf, auch wenn die Lösung von arbeitsbezogenen Problemen aussichtslos erscheint.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, wie ich mich beruhigen kann, wenn ich in der Arbeit unter Druck stehe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In der Regel überlege ich mir mein Vorgehen gründlich, bevor ich ein Problem am Arbeitsplatz angehe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Berufliche Schwierigkeiten begreife ich in erster Linie als Herausforderung und nicht als Bedrohung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ich an der Lösung eines Problems am Arbeitsplatz arbeite, lasse ich mich nur schwer ablenken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

¹ Fragebogen zu resilientem Verhalten bei der Arbeit. Quelle: Soucek, R., Pauls, N., Ziegler, M., & Schlett, C. (2015). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung resilienten Verhaltens bei der Arbeit. Wirtschaftspsychologie, 17, 13-22.

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

Bewertung der RESILARE-Indikatoren

Ziel des Projektes „RESILARE“ ist die Entwicklung und Evaluation von Qualitätsindikatoren und Kriterien zur Unterstützung der Resilienz von Arztpraxen gegenüber Herausforderungen und Krisen. Im Rahmen der ersten und zweiten Studienphase des RESILARE-Projekts wurde eine Reihe von Qualitätsindikatoren entwickelt, die in der nun stattfindenden dritten Studienphase durch Ihre Mithilfe evaluiert werden. Die neuen Indikatoren sind Ihnen bei der Praxisvisitation sowie in dem vorgelagerten Selbstassessment zur Anwendung gekommen. Zunächst bitten wir Sie um ein generelles Feedback zu den RESILARE-Indikatoren und um Ihre Einschätzung zum Thema ‚Krisenresilienz‘*.

**Erläuterung: „Resilienz“ fördert im Allgemeinen die erfolgreiche Bewältigung von Krisen. In Organisationen setzt sie auf verschiedenen Ebenen an und beeinflusst, wie gut man sich von stressigen oder herausfordernden Situationen bzw. Krisen erholt und dadurch die eigene Handlungsfähigkeit sicherstellt.*

	sehr hoch	hoch	geht so	gering	Sehr gering	keine Angabe
1) Wie schätzen Sie den Nutzen der entwickelten Indikatoren für Arztpraxen ein?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2) Bezogen auf die RESILARE-Indikatoren: Wie schätzen Sie den Aufwand für die Praxen bei der Umsetzung von der Vor- und Nachbereitung der Visitation bis hin zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen ein?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3) Wie ordnen Sie die Übereinstimmung des entwickelten Indikatorensets mit den Zielsetzungen des RESILARE-Projektes* ein?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4) Wenn Sie an die Energie- und Inflationskrise denken: Wie hoch ist der Aufwand für Ihre Praxis, um diesen aktuellen Herausforderungen zu begegnen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5) Wenn Sie an die Energie- und Inflationskrise denken: Wie schätzen Sie die Relevanz von nachhaltigen Arbeitsweisen z.B. in der Gesundheitsversorgung ein, um die Herausforderungen bewältigen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

6) Wenn Sie an die Energie- und Inflationskrise denken: Welche Konsequenzen dieser Entwicklungen sind in Ihrer Praxis bereits spürbar geworden? [Bitte notieren Sie Ihre Erfahrungen in einigen Worten]

7) Wenn Sie an die Energie- und Inflationskrise denken: Welche konkreten Maßnahmen haben Sie in Ihrer Praxis bereits ergriffen oder für die Zukunft geplant, um diesen Herausforderungen zu begegnen? [Bitte notieren Sie Ihre Herangehensweise in einigen Worten]

8) Gibt es weitere Themen, die Ihnen im Hinblick auf die im Projekt fokussierten Themen „Krisenresilienz, Nachhaltigkeit und Klimawandel“ wichtig wären und die Sie bislang in diesen Indikatoren nicht berücksichtigt sehen? [Bitte notieren Sie Ihre Gedanken in einigen Worten.]

In der nun folgenden ausführlicheren Abfrage bitten wir Sie, die einzelnen Indikatoren noch einmal kritisch durchzusehen und im Hinblick auf ihre Praktikabilität, also die Umsetzbarkeit für Ihren Praxisalltag, sowie auf Klarheit und Verständlichkeit zu bewerten. Die Abfrage ist nach den vier Themen „Resilienz“, „Prävention“, „Organisation“ und „Resilienz gegenüber Klimawandel“ unterteilt. **Bitte geben Sie für jeden Indikator ihre Einordnung zu den Punkten a) und b) durch Ankreuzen der entsprechenden Felder an. Die Punkte c) und d) sind nur bei Bedarf auszufüllen.**

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

Thema 1: RESILIENZ**1) Den Mitarbeitenden werden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten.**

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

2) In der Praxis werden regelmäßig Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitenden durchgeführt.

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

3) In der Praxis werden regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt.

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

4) Bei akuten Krisensituationen werden in der Praxis spontan Teambesprechungen einberufen.

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

5) Die Praxis ist in der Lage, in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben.

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

6) Die Praxis hat ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet.

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

7) Die Praxis ist daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten.

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

8) In der Praxis ist ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement etabliert.

a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

Thema 2: PRÄVENTION**9) Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil.**

a) Ist der Indikator für das Thema „Prävention“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

10) Die Mitarbeitenden der Praxis nehmen mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil.

a) Ist der Indikator für das Thema „Prävention“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

11) In der Praxis wird regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren.

a) Ist der Indikator für das Thema „Prävention“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

12) Die Praxis hat ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden.

a) Ist der Indikator für das Thema „Prävention“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

13) Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen.

a) Ist der Indikator für das Thema „Prävention“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

14) Alle Mitarbeitenden der Praxis kennen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne und können auf diese zugreifen.

a) Ist der Indikator für das Thema „Prävention“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

15) Die Praxis überprüft in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht.

a) Ist der Indikator für das Thema „Prävention“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Thema 3: ORGANISATION

16) Die Praxis verfügt über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können.

a) Ist der Indikator für das Thema „Organisation“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

17) Die Praxis verfügt über ein regionales Netzwerk.

a) Ist der Indikator für das Thema „Organisation“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

18) Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil.

a) Ist der Indikator für das Thema „Organisation“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

19) Das Praxisteam verfügt über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung.

a) Ist der Indikator für das Thema „Organisation“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

20) Digital erhobene Daten werden in der Praxis täglich gesichert.

a) Ist der Indikator für das Thema „Organisation“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

21) Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann.

a) Ist der Indikator für das Thema „Organisation“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

22) Die Praxis hat ein Verfahren etabliert, das für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt.

a) Ist der Indikator für das Thema „Organisation“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

Thema 4: RESILIENZ GEGENÜBER KLIMAWANDEL**23) Die Praxis verfügt über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise.**

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.*

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

24) Die Praxis hält gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.*

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

25) Die Praxis bezieht anlassbezogen das Thema „Klima und Gesundheit“ in die Patientenberatung mit ein.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.*

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

26) Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant
- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.*

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

27) Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeschutzplan.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

28) Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

29) Die Praxis bezieht ihre Energie aus erneuerbaren Quellen.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

30) Die Praxis setzt auf nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

31) Die Praxis schafft ein Bewusstsein für den sparsamen Umgang mit Ressourcen, z.B. Verwendung und Einsatz von Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.).

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:

32) Die Praxis orientiert ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten.

- a) Ist der Indikator für das Thema „Resilienz gegenüber Klimawandel“ relevant? 1 = überhaupt nicht relevant / 9 = sehr relevant

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Bitte kreuzen Sie Ihre Einordnung auf der Skala an.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

- b) Ist der Indikator klar und verständlich formuliert? Ja ☐ Nein ☐

- c) Falls nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

- d) Falls Sie weitere Anmerkungen zu diesem Indikator haben, notieren Sie diese bitte hier:



Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Kontakt:

Regina Poß-Doering
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg
regina.poss-doering@med.uni-heidelberg.de / 06221 56 38643

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

RESILARE-Fragebogen – TEIL II: Evaluation des Feedbackberichts

	Trifft überhaupt nicht zu						Trifft voll und ganz zu
	1	2	3	4	5	6	7
1) Der Feedbackbericht ist systematisch und nachvollziehbar aufgebaut.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7 keine Angabe
2) Die Inhalte des Feedbackberichts sind insgesamt verständlich und plausibel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7 keine Angabe
3) Die im Feedbackbericht enthaltenen Daten und Bewertungen sind übersichtlich dargestellt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7 keine Angabe
4) Die Regeln, die im Feedbackbericht für die einzelnen Bewertungen angewendet wurden, sind nachvollziehbar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7 keine Angabe
5) Die im Feedbackbericht enthaltene Gegenüberstellung mit den Ergebnissen anderer Praxen empfinde ich als hilfreich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7 keine Angabe
6) Die Ergebnisse des Feedbackberichts lassen sich für konkrete Verbesserungen in unserer Praxis nutzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7 keine Angabe
7) Auf Basis des Feedbackberichts hat unser Praxisteam bereits konkrete Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5	6	7 keine Angabe
8) Falls bereits konkrete Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet wurden, welche waren das? [Freiwillige Angabe! Bitte notieren Sie die abgeleiteten Maßnahmen in einigen Worten.]							
9) Gibt es aus Ihrer Sicht Möglichkeiten, den Feedbackbericht zu verbessern? Falls ja, was sollte geändert werden? [Bitte notieren Sie Ihre Ideen in einigen Worten.]							
10) Ist Ihnen beim Lesen des Feedbackberichts sonst noch etwas aufgefallen, das Sie uns gern mitteilen würden? [Bitte notieren Sie Ihre Gedanken in einigen Worten.]							



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

aQua
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Vom Studienteam auszufüllen:

Praxis-ID: _____

MFA ☐ Ärztin/ Arzt ☐

Datum: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Kontakt:

Regina Poß-Doering
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg
regina.poss-doering@med.uni-heidelberg.de / 06221 56 38643



Interviewleitfaden RESILARE – Phase III

Vorbereitung

- Hinweis auf Aufzeichnung (Audio), Datenschutz: pseudonymisierte Auswertung, keine Weitergabe der Namen der Teilnehmer, die Tonaufnahmen werden nicht an Personen außerhalb der Forschergruppe weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in die Originalunterlagen. Nach Beendigung der Studie werden die Tonaufzeichnungen unwiderruflich gelöscht. Alle Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.
- Freiwilligkeit der Teilnahme, Möglichkeit das Gespräch jederzeit zu beenden; Erklärung zum Ablauf des Interviews
- Das Interview dient nicht einer Abfrage von Wissen, sondern gibt Raum für die Darstellung von persönlicher Meinung und Sichtweise. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten. Alle Beiträge sind wertvoll.
- Nachfrage: Ist noch etwas unklar?
- Aufnahme wird jetzt gestartet.

A. Warm Up

In der RESILARE Studie wurden Qualitätsindikatoren zum Thema Krisenresilienz in Hausarztpraxen entwickelt. Die Praxis in der Sie tätig sind hat diese Indikatoren im Rahmen des Europäischen Praxisassessment EPA getestet und es fand auch eine Visitation der Praxis statt. Ein Feedbackbericht dazu geht Ihnen noch zu. Wir möchten nun Anwendbarkeit und Nutzen der entwickelten Indikatoren zur Vorbereitung auf Krisensituationen beleuchten und dazu Ihre Sichtweise in diesem Gespräch kennenlernen.

(1) Schildern Sie bitte kurz Ihre Erfahrung mit dem Ablauf des EPA-Assessments.

- Inwieweit waren Aufwand und Benefit für Sie in einem guten Verhältnis?
- Wie wurde das Assessment durchgeführt (online oder vor Ort?)
- Welche Themen wurden während der Visitation und im Gruppengespräch am Ende der Visitation vertieft besprochen? (Krisenresilienz?)

(2) Wie relevant waren die Themenfelder Krisenresilienz, Klimawandel und Nachhaltigkeit und die dazugehörigen Indikatoren aus Ihrer Sicht? (Indikatoren Beispiele: Selbst- und Team-Stärkung, Beratung zu Klima und Gesundheit für Patient:innen, angemessene Materialbevorratung, etc.)

- Was hat Ihnen bei der Erhebung/Visitation bezüglich Krisenresilienz gefehlt?
- Was ist Ihre Perspektive auf eine mögliche deutschlandweite Nutzung dieser Indikatoren?

B. Bewertung des Qualitätsassessments

(3) Welche Erkenntnisse haben sich nun konkret für Sie aus der Visitation und der Anwendung der RESILARE Indikatoren ergeben? (mit Blick auf die Möglichkeiten zur Anpassung von Versorgungsprozessen im Sinne ökologisch nachhaltiger Aspekte)

(4) Inwieweit konnten vielleicht schon neue Maßnahmen zur Förderung der Krisenresilienz Ihrer Praxis angestoßen werden?

- Wer hat dazu die Initiative ergriffen?
- Was denken Sie hat sich darüber bereits in der Praxis in der Sie tätig sind geändert?
- Welche Maßnahmen für eine klimafreundlichere Praxis planen Sie noch darüber hinaus? (auch individuelles Verhalten in Arbeitssituationen?)

(5) Sie werden noch einen Feedbackbericht erhalten, der die Ergebnisse der Praxis zu Resilienz, Prävention, Praxisorganisation, und Resilienz gegenüber Klimawandel

beschreibt und einen Abgleich mit anderen Praxen zeigt.

Welche inhaltlichen Impulse erwarten Sie von diesem Feedbackbericht?

(6) Aktuell werden die Themen Energie, Inflation und Krieg diskutiert.

Welchen Einfluss haben diese Themen derzeit auf die Praxis in der Sie tätig sind?

- Wie gehen Sie mit den Auswirkungen auf die Praxis um? (Möglichkeiten der Vermeidung negativer Folgen?)

- Welche Maßnahmen setzen Sie dazu vielleicht schon um?

Wo sehen Sie dabei Schwierigkeiten?

(Nutzung nachhaltiger Ressourcen; proaktives Handeln bzgl. Ängsten im Team/bei Patient:innen, Vorbereitung auf Aspekte zu Migration und Gesundheit/Traumata/Krankheitsspektrum; Medikamentenengpässe, knappe Ressourcen, etc.)

C Abschluss

Zum Abschluss möchten wir gerne noch fragen, was konkret Sie dazu motivierte, an RESILARE teil zu nehmen?

- Wie schätzen Sie insgesamt die Studiendurchführung ein?
- Was wünschen Sie sich noch an weiterer Unterstützung zu diesen Themenbereichen?

Was würden Sie uns gerne abschließend noch zu RESILARE und den entwickelten Indikatoren mitteilen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Gespräch genommen haben.

Kurzname	Stärkung individuelle Resilienz
Indikator-ID 01	Den Mitarbeitenden werden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten.
Kommentar	-
Qualitätsziel	Allen Mitarbeitenden werden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten, damit sie in Krisensituationen in der Lage sind Belastungen besser mental zu verarbeiten und bestmöglich handlungsfähig bleiben.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Resilienz wird häufig mit der „psychischen Widerstandskraft“ des Menschen beschrieben. Hiermit ist die schnelle Erholung von stressigen Situationen und damit die Sicherstellung der eigenen Handlungsfähigkeit gemeint. Zudem wird mit Resilienz die erfolgreiche Bewältigung von Krisen beschrieben. Damit wird die psychische Gesundheit der Beschäftigten geschützt. Um die individuelle Resilienz zu fördern, werden verschiedene Trainings angeboten. Beispielsweise knüpfen diese an den persönlichen Ressourcen wie Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit und Optimismus an (Heller 2019). Zudem sollten Sie für den Umgang mit möglichen Krisensituationen in der Arztpraxis geschult werden. Hierzu zählen psychosoziale Risiken während der Krisenbewältigung und der Umgang mit Stress, Müdigkeit, Depression und Diskriminierung (Rieckert et al. 2021). Aufgrund der in § 618 BGB für Gesundheit und Leben der Arbeitnehmer konkretisierten Fürsorgepflicht hat der Arbeitgeber vermeidbare Schäden für die Arbeitnehmer abzuwehren. Der Arbeitnehmer ist vor Gefahren gegen sein Leben und seine Gesundheit zu schützen. Im Weiteren sind die öffentlich-rechtlichen Vorgaben zu beachten, wie das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG), die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) und wie sie in den Regelwerken der Berufsgenossenschaften vorgegeben werden. Indem der Arbeitgeber seinen Mitarbeitenden das Angebot für resilienzstärkende Maßnahmen, wie z.B. ein Achtsamkeitstraining, ermöglicht, kommt er seiner gesetzlichen Fürsorgepflicht nach.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	-
Erhebungsinstrumente	06 – (OI) Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Werden den Mitarbeitenden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	z.B. Achtsamkeitstrainings, Bildungsurlaub zum Erlernen von Entspannungstechniken etc.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Material ist z.B. bei der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege und Gesundheit zu finden. Beispielsweise gibt es von ihnen ein BGW-Podcast: "Herzschlag – Für ein gesundes Berufsleben", in dem unter anderem die Bereiche Selbstfürsorge und Resilienz thematisiert werden. Diese bietet auch Workshops an. Eine Vielzahl von Schulungen bzw. Seminaren zum Thema Resilienz wird auch von Krankenkassen oder Akademien angeboten.
Originalformulierung	
Literatur	Heller, J (2019). Resilienz für die VUCA-Welt. Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenberg, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.

Kurzname	Teambuilding-Maßnahmen
Indikator-ID 02	In der Praxis werden regelmäßig Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitern durchgeführt
Kommentar	-
Qualitätsziel	Alle Praxisangestellten nehmen mindestens alle drei Jahre gemeinsam an Teambuilding-Maßnahmen teil. Diese Maßnahmen sollen die Gemeinschaft stärken und eine bestmögliche personelle Verbindung herstellen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Unter dem englischen Wort „Teambuilding“ wird die „Teamentwicklung“ verstanden. Im Grunde bezeichnet dies die Formung eines Teams aus einzelnen Personen. Als Team geht es darum gemeinsam definierte Ziele zu erreichen oder bestimmte Aufgaben zu lösen. Teambuilding-Maßnahmen sind gesteuerte Prozesse, die dazu dienen, die Zusammenarbeit der Mitarbeiter sowie die Strukturen des gemeinsamen Arbeitens zu verbessern. Zu einem guten Team gehören Verbundenheit, Vertrauen, Toleranz und Verlässlichkeit. In Teambuilding-Maßnahmen geht es darum, Grundlagen für eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation im Team zu schaffen, die auch nach dem gemeinsamen Event beständig bleiben (Dinkel 2018). Zudem helfen die genannten Eigenschaften auch eine Krise gemeinsam im Team gut zu bewältigen. Teambuilding-Maßnahmen können beispielsweise das Wahrnehmen einer externen Beratung bei Konflikten im Team, Workshops, Betriebsausflüge, weitere Teamaktivitäten und Ähnliches sein.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	-
Erhebungsinstrumente	01 – Selbstassessment Praxisinhaber (GPI)
Items:	Werden in der Praxis regelmäßig (mind. alle drei Jahre) Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitern durchgeführt?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	z.B. externe Beratung, Workshops, Betriebsausflüge
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Tipps für teambildende Maßnahmen: Das gesamte Team sollte anwesend sein, passendes Event (aktiv/kreativ/entspannend) in entsprechenden Räumlichkeiten (indoor oder outdoor) mit dem Team planen. Eine ungezwungene Atmosphäre/Veranstaltung herstellen. Teambildende Maßnahmen sollten nicht als Konsequenz für Fehlverhalten eingesetzt werden und der Teamtag sollte mit einem gemeinsamen Essen o. Ä. abgerundet werden.
Originalformulierung	Die Praxis führt, unabhängig von Teambesprechungen, weitere Maßnahmen zur Förderung der internen Kommunikation durch Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Dinkel, M, Baumgartner, R. (2018). Mannheimer Beiträge zur Betriebswirtschaftslehre. Mannheim: Duale Hochschule Baden-Württemberg Mannheim

Kurzname	Teamsitzungen
Indikator-ID 03	In der Praxis werden regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis werden monatlich Teamsitzungen mit allen Mitarbeitern durchgeführt, um sich über aktuelle Themen und Probleme auszutauschen inklusive Reflexion.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Besprechungen in den Teamsitzungen sind ein äußerst wichtiger Bestandteil der Kommunikation innerhalb der Praxis und sollten regelmäßig stattfinden. Die Mitglieder der Praxis tauschen sich hierbei auf verschiedenen Ebenen aus. Sichtweisen, Interessen und Bedürfnisse jedes einzelnen Teammitgliedes kommen hier zum Tragen. Damit eine gute Teambesprechung geführt werden kann, ist eine entsprechende Vorbereitung und Organisation unerlässlich. Hierzu zählen beispielsweise die Teilnahme aller Mitarbeiter, Sammlung von Themen, Erstellung von Protokollen, Erstellung von To-Do-Listen und deren Zuständigkeiten etc. Inhalt der Teambesprechungen sind auch Ziele, To-Dos etc. gemeinsam zu reflektieren und zu bewerten (Thill 2006). Auch die aktuelle Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses schreibt die Durchführung von Teamsitzungen in regelmäßigen Abständen vor. Neben organisatorischen Inhalten soll allen Mitarbeitern ermöglicht werden, aktuelle Themen und Probleme anzusprechen. Wichtig ist, dass die Ergebnisse am Ende der Besprechungen allen Mitarbeitern zur Verfügung stehen (G-BA 2020).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik
Erhebungsinstrumente	05 – Checkliste bei der Visitation (OC)
Items:	1. Werden in der Praxis regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt? 2. Werden in den Teamsitzungen vergangene und bestehende Ereignisse sowie durchgeführte Maßnahmen reflektiert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Zu 2: z.B. in Bezug auf Inhalte der vorherigen Teamsitzung
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Informationen und eine Protokollvorlage zu Teamsitzungen sind auf der Materialienseite von EPA (Visotool®) zu finden.
Originalformulierung	Das gesamte Praxisteam führt regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durch Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger Thill, K-D (2006). Organisieren und Führen. Deutsches Ärzteblatt Jg. 103(Heft 48): 99.

Kurzname	Krisensitzungen
Indikator-ID 04	Bei akuten Krisensituationen werden in der Praxis spontan Teambesprechungen einberufen
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis werden bei Krisensituationen kurze, spontane Teambesprechungen einberufen, um bei einer Krise ein Vorgehen bzw. Handlungsplan zu erstellen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Treten akute Krisen im Praxisalltag auf, ist es wichtig zeitnah, ggf. am gleichen Tag, eine spontane, kurze Teambesprechung einzuberufen. Zuvor muss in der Praxis definiert werden, in welchen Situationen und in welchem zeitlichen Rahmen (wann, wie lange) diese Sitzungen durchgeführt werden sollen. Inhaltlich geht es insbesondere darum, eine mögliche Krise zu identifizieren und bei Bedarf ein Vorgehen oder Handlungsplan/-ablauf zu erstellen. Da durch Teilzeitkräfte, Krankheit etc. nicht alle Mitarbeiter vor Ort sein können, ist es umso wichtiger diese anschließend über die Ergebnisse zu informieren. Zudem besteht die Möglichkeit, Mitarbeiter telefonisch oder per Video hinzuzuschalten. Hierfür müssen die Rahmenbedingungen wie Kamera, Headset etc. vorhanden sein. Im Rahmen der Besprechung könnten einzelne Mitarbeiter als Ansprechpartner für die aufgetretene Krise ernannt werden, die beispielsweise für die Umsetzung der weiteren Handlungsabläufe, Kommunikation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens/ Stakeholdern zuständig ist. Hierzu gehört auch das Informieren der Patienten über notwendige Änderungen (Rieckert et al. 2021).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik“ / Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	Item 1: 06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in) (OI) Item 2: 05- Checkliste zur Visitation (OC)
Items:	1. Werden in der Praxis kurze, spontane Teambesprechungen bei akuten Krisensituationen einberufen? 2. Werden alle Mitarbeitenden rechtzeitig über die aktuelle Krisensituation und wie zu handeln ist informiert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Krisensituationen sind z. B. Pandemie, Extremwetterereignisse, Cyber-Angriff, Personalausfall
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Falls Nein: Verweis auf die Wichtigkeit des Risiko- und Krisenmanagements.
Originalformulierung	Das gesamte Praxisteam führt regelmäßig strukturierte Teambesprechungen durch. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenberg, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.

Kurzname	Handlungsfähigkeit sichern
Indikator-ID 05	Die Praxis ist in der Lage in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben.
Qualitätsziel	In Krisensituationen bzw. bei Personalmangel soll die Praxis reagieren und die Aufgaben priorisieren bzw. neu verteilen. Durch diese Flexibilität soll sichergestellt sein, dass die Praxis weiterhin den Betrieb aufrechterhalten kann.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Trotz auftretender Krise oder Personalmangel ist der Praxisalltag und insbesondere die Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Um in solchen Fällen reagieren zu können, müssen die Aufgaben, die täglich in der Praxis anfallen, priorisiert werden. Nur diese priorisierten Aufgaben können und sollen dann bei einer Krise, oder auch wenn mit wenig Personal gearbeitet werden muss, erledigt werden. Die Versorgung der Patienten hat dabei die höchste Priorität, wohin gegen die Materialbestellung o.ä. nicht sofort durchgeführt werden muss. Zur Priorisierung der Aufgaben kann beispielsweise das Eisenhower-Prinzip verwendet werden. Hierbei werden die Aufgaben nach der Wichtigkeit und Dringlichkeit in einer Matrix mit vier Quadranten bewertet. Das Personal ist bei der Verteilung und Priorisierung der Aufgaben mit einzubinden. Es sind die wichtigsten Fragen zu klären, wie z.B. Welche Mitarbeiter können sich gegenseitig vertreten? Muss ein Mitarbeiter in neue Aufgabengebiete eingearbeitet werden? Wenn bereits im Vorfeld ein Aufgabenplan, eine Tätigkeitsmatrix oder ähnliches erstellt worden ist, dann ist eine Um- oder Neuverteilung schnell abgestimmt. Insbesondere muss aber auch sichergestellt sein, dass auch in Krisen der Bedarf an Personal gedeckt ist. Zudem gehört auch die Sicherstellung geeigneter Fachkräfte dazu (Rieckert et al. 2021; Collins et al. 2006). Das bedeutet, dass das Arbeitsaufkommen der Praxis jederzeit wahrgenommen, kontrolliert und die Personalgestaltung daran ausgerichtet werden muss. Falls bei einer Unterbesetzung keine Aufstockung möglich ist, dann sollten ggf. Anpassungen im Praxisalltag, wie ein Aufnahmestopp oder eine Verkürzung der Sprechzeiten in Erwägung gezogen und vorgenommen werden. Alternativ sind weitere Möglichkeiten, wie Personal-Sharing oder ähnliches in Betracht zu ziehen.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01 (GPI)
Items:	Ist die Praxis in der Lage in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	
Anmerkungen / Hinweise - für Visitorin/Visitor	
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenberg, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021).

How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.

Kurzname	Schutzkonzept/ Deeskalationsmaßnahmen
Indikator-ID 06	Die Praxis hat ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet
Kommentar	-
Qualitätsziel	Zum Selbstschutz und zum Schutz weiterer Personen in der Praxis soll die Praxis über ein Schutzkonzept verfügen, indem Deeskalationsmaßnahmen festgelegt sind. Im Falle eines Übergriffes durch aggressive Patienten und Patientinnen/ Angehörige oder sonstige Personen verfügt das Praxisteam über Methoden und Kenntnisse, um mit der Situation umgehen zu können.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen begegnen in ihrem Arbeitsalltag immer öfter verbaler und körperlicher Gewalt (Beerheide 2018). Viele Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen haben bereits persönliche Erfahrungen mit verbaler und körperlicher Gewalt im Berufsumfeld machen müssen (Beerheide 2018). Umso relevanter ist es, Beschäftigte im Gesundheitswesen für den Umgang mit Gewalt zu schulen und sie gezielt darauf vorzubereiten, in kritischen Situationen deeskalierend einzugreifen. Entsprechende Deeskalationsmaßnahmen können vielfältig gestaltet sein. Sie können beispielsweise die Separierung der Beteiligten, das Hinzuziehen einer weiteren neutralen Person, sowie die Vorformulierung von deeskalierenden Formulierungen umfassen, auf die in der Kommunikation zurückgegriffen werden sollte. Eine Studie aus England kam zu dem Schluss, dass insbesondere die gute Kooperation des gesamten Praxisteams dazu beiträgt, um bei der Konfrontation mit aggressiven Verhaltensweisen eine gemeinsame Taktik zu verfolgen (Naish 2002). Bestenfalls sollten Praxisteams im Rahmen von Seminaren Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen erarbeiten und auf eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit aller Teammitglieder hinarbeiten. Dies trage auch dazu bei, aggressives Potential bei Praxisbesuchern frühzeitig zu erkennen und möglichst rasch zu entschärfen. Auch im Rahmen einer Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen wurde die Relevanz einer besseren Weiterbildung in deeskalierender Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis betont (Schmidt 2012). Auch in Australien nimmt das Training in deeskalierender Kommunikation einen hohen Stellenwert bei der Vorbeugung von Aggressionen ein (Benveniste 2005). In psychiatrischen Kliniken werden Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement bereits vielfach eingesetzt und tragen dazu bei, dass die Beschäftigten sich eher in der Lage fühlen, aggressive Situationen bewältigen zu können (Richter 2005). In diesem Kontext relevant, dass die Mitarbeiterenden der Praxis über Kompetenzen für den Umgang mit „schwierigen“ Patientinnen und Patienten verfügen. Diese Kompetenzen können z.B. durch gezielte Weiterbildungen oder auch den themenbezogenen Austausch im Team vermittelt und vertieft werden. Sie umfassen neben Maßnahmen für akute Beschwerde- oder Konfliktsituationen in der Praxis auch Handlungsanweisungen für Übergriffe oder Beleidigungen per Telefon oder Internet (z.B. in Online-Bewertungsportalen).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Prävention“ /Information
Erhebungsinstrumente	06 – Selbstassessment Praxisinhaber (OI) 06 – Selbstassessment Praxisinhaber (OI) 05 – Checkliste bei der Visitation (OC)
	- Hat die Praxis ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet? - Werden dem Team Schulungen bezüglich des Umgangs mit Gewalt und Aggressionen in der Praxis zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit angeboten?

3.) Ist allen Mitarbeitenden bekannt, welche Schutzmaßnahmen in schwierigen Situationen (z.B. bei aggressiven/gewalttätigen Verhalten) anzuwenden sind?	
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Deeskalationsmaßnahmen: Dies betrifft Maßnahmen, um mit direkten verbalen oder körperlichen aggressiven bzw. gewalttätigen Handlungen umzugehen sowie für den Umgang mit telefonischem bzw. Online-Stalking oder ähnlichem. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat im Jahr 2019 einen Leitfaden für die Kommunikation im medizinischen Alltag herausgegeben, der Grundlagen der Kommunikation sowie verschiedene Gesprächsführungstechniken zusammenfasst und praxisrelevante Hilfestellungen gibt. Darüber hinaus werden von verschiedenen Anbietern Seminare und Workshops zu diesem Thema angeboten.
Originalformulierung	-
Literatur	Beerheide, R (2018). Zwischen Kümmerer und Burn-out Deutsches Ärzteblatt Jg. 115(Heft 43): 1923-1924. Benveniste, K, A., Hibbert, P. D., Runciman, W. B. (2005). Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. Med. J. Aust. 183: 348-351. Naish, J, Carter, Y. H., Gray, R. W., Stevens, T., Tissier, J. M. und Gantley, M. M. (2002). Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. Fam. Pract. 19: 504-510. Richter, D (2005). Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. Schmidt, J (2012). Gewalt gegen Rettungskräfte - Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. Bochum Lehrstuhl für Kriminologie, Kriminalpolitik und Polizeiwissenschaft Ruhr-Universität Bochum.

Kurzname	Mitarbeiterzufriedenheit (Krise)
Indikator-ID 07	Die Praxisleitung ist daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten
Qualitätsziel	Die Mitarbeiterzufriedenheit soll möglichst auf einem gleichbleibend hohen Niveau, auch bei Krisensituationen aufrechterhalten werden, damit der Teamzusammenhalt gewährleistet ist.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Zufriedene Mitarbeitende tragen wesentlich zum Erfolg einer Arztpraxis bei. Die Mitarbeitenden sind die ersten Kontaktpersonen für die Patienten. Dieser erste Eindruck ist bereits ein entscheidender Faktor für Patienten, ob sich ein Vertrauensverhältnis und eine Bindung zur Praxis aufbaut. Somit besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen zufriedenen Mitarbeitern und der Patientenzufriedenheit. Aber auch der Zusammenhalt der Mitarbeitenden untereinander spielt eine große Rolle im Praxisalltag. Die Mitarbeiterzufriedenheit wird durch eine transparente und intensive Kommunikation im Team sowie eine offene Fehlerkultur gefördert. Insbesondere gehört dazu eine gute, aktive Führung, um die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu steigern (Heller 2019). Gerade in Krisensituationen sind ein regelmäßiger Austausch sowie eine gute Kommunikation im Team besonders wichtig, um die anstehende Herausforderung gemeinsam zu meistern. Die Führungskraft hat dabei die wichtige Aufgabe: mit Wertschätzung, Anerkennung, Lob und guter Struktur sind die Mitarbeitenden zu führen. Um selbst als Vorbild zu funktionieren und Techniken kennenzulernen, z.B. zum Umgang mit Stress, sollten sich Personen mit Leitungsauftrag derartige Kenntnisse aneignen. Entsprechende Kurse werden unter anderem von den zuständigen KVen, dem Marburger Bund oder der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege angeboten. In regelmäßigen Abständen soll die Mitarbeiterzufriedenheit mittels einer Mitarbeiterbefragung gemessen werden.
Indikatorotyp	
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	
Erhebungsinstrumente	Item 1: 01 - Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in Item 2: 05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1. Ist die Praxisleitung daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten? 2. Gibt der/ die Praxisinhaber/in/ Praxisinhaber insbesondere im Krisenfall wertschätzendes und konstruktives Feedback an die Mitarbeitenden?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	
Originalformulierung	-
Literatur	Heller, J (2019). Resilienz für die VUCA-Welt. Individuelle und organisationale Resilienz entwickeln. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Kurzname	Beschwerde- und Fehlermanagement
Indikator-ID 08	In der Praxis ist ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement etabliert.
Kommentar	-
Qualitätsziel	Ein konstruktives Beschwerde- und Fehlermanagement ist in der Praxis etabliert, um den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zur Rückmeldung zu geben.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die aktuelle Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses schreibt die Etablierung eines Beschwerdemanagements in Arztpraxen vor. Hierzu gehört die Patienten über die Möglichkeit einer Beschwerde vor Ort zu informieren. Eingegangene Rückmeldungen können gemeinsam im Team analysiert und bewertet werden, um im Anschluss mögliche Maßnahmen abzuleiten (G-BA 2020). Im Anschluss können den Patienten Rückmeldungen zu erfolgten Maßnahmen mitgeteilt werden. Grundsätzlich kann zur Bearbeitung der PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) angewendet werden. Auch das Fehlermanagement ist Teil der Qualitätsmanagement-Richtlinie. Das Erkennen und Nutzen von Fehlern sowie unerwünschten Ereignissen kann zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis dienen (G-BA 2020). Neben online verfügbaren Fehlermeldesystemen, die zum Austausch mit anderen Praxen dienen, kann zur Bearbeitung von Fehlern im Praxisalltag ebenfalls der PDCA-Zyklus zur Anwendung kommen. Gerade in Krisensituationen können Fehler und Beschwerden häufiger vorkommen. In (jeder) Teambesprechung sollten diese priorisiert, behandelt bzw. Handlungsmöglichkeiten abgeleitet und entsprechend dem Patienten zurückgemeldet werden. Ein gut funktionierendes Beschwerdemanagement in den Praxen führt über kurz oder lang zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten und deren Angehörigen sowie der Kooperationspartner (KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Beschwerdemanagement“/ Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	1. Ist in der Praxis ein Beschwerdemanagement etabliert? 2. Ist in der Praxis ein konstruktives Fehlermanagement etabliert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Informationen und Musterdokumente zum Beschwerde- und Fehlermanagement sind auf der Materialienseite von EPA (Visotool®) zu finden.
Originalformulierung	In der Praxis ist ein Briefkasten für Lob und Kritik sichtbar angebracht Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Patientenkritik und Beschwerden Kritik und Beschwerden der Patienten werden von der Praxis dokumentiert Die Praxis analysiert und diskutiert Patientenkritik und Beschwerden Die Praxis hat ein schriftliches Verfahren zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten sowie unerwünschten Ereignissen Die Praxis nimmt an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teil Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Beschwerdemanagement. Deutsches Ärzteblatt Jg. 114(Heft 49): 2366.

Kurzname	Mitarbeiterschulungen – Fokus Krise
Indikator-ID 09	Alle Mitarbeitenden nehmen regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil.
Kommentar	-
Qualitätsziel	Durch regelmäßige Schulungen/Fortbildungen soll ein hoher Wissens- und Kenntnisstand erreicht werden. Die Regelmäßigkeit beschreibt in diesem Zusammenhang einen Zeitraum von mindestens einmal jährlich pro Mitarbeitenden. Auch interne Schulungen mit durch Datum und Unterschrift der beteiligten Personen (Referent und Teilnehmer) sind zulässig. Durch diese Maßnahmen soll erreicht werden, dass aktuelles Wissen richtig angewendet Risiken und Krisen vorbeugen kann.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Durch die regelmäßige Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeitenden soll zum einen Awareness gegenüber potenziellen Krisensituationen/Risiken wie auftretenden Erkrankungen aber auch Resilienz geschaffen werden (Rieckert et al. 2021). Weiterhin sollen die generellen Kompetenzen der Mitarbeitenden, hierzu gehören ggf. auch Reinigungspersonal etc. (Collins et al. 2006), stets weiterentwickelt werden. Hierbei ist ebenfalls wichtig, dass alle Mitarbeitenden auf dem neusten Stand bleiben und ggf. „Trends“ und neue Erkenntnisse in der Patientenversorgung erkannt und angewendet werden. Daher sollten zertifizierte Schulungen/Kurse ausgewählt werden, die auch praktische Übungen beinhalten (WHO 2007). Schulungsinhalte können z.B. sein: - Schulungen zu Pandemien (inkl. Triage, Quarantäne, Abfallentsorgung, Probenlagerung) (Collins et al. 2006) - Gesundheitliche Folgen des Klimawandels, z.B. spezielle Erkrankungen (WHO 2007) - Maßnahmen zur Reduktion des ökol. Fußabdrucks - Notfallschulung - Krankheitsspezifische Schulungen - Technischschulungen (PVS, Digitalisierung generell)
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Aus- und Weiterbildung“ /Team
Erhebungsinstrumente	05 – Checkliste bei der Visitation (OC)
Items:	Nehmen alle Mitarbeitenden regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Mindestens alle drei Jahre sollten die Schulungen mit dem Fokus Krise/Resilienz stattfinden. Es kann sich auch um interne Schulungen handeln.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	EPA hält hierzu Informationen auf der Materialienseite bereit
Originalformulierung	1. Alle Mitarbeiter besuchen regelmäßig Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen; 2. Alle Mitarbeiter haben im letzten Jahr an einer arbeitsplatzbezogenen Fortbildung teilgenommen Indikatorenset EPA HA 3.2 und ZA 3.1 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Rieckert, A; Schuit, E; Bleijenbergh, N; ten Cate, D; de Lange, W; de Man-van Ginkel, JM; Mathijssen, E; Smit, LC; Stalpers, D; Schoonhoven, L; Veldhuizen, JD; Trappenburg, JC (2021).

How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. BMJ Open 11(1): e043718.
WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Kurzname	Notfalltrainings
Indikator-ID 10	Die Mitarbeitenden der Praxis nehmen mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil
Kommentar	-
Qualitätsziel	Es soll sichergestellt sein, dass betroffene Patienten im Notfall bestmöglich versorgt werden. Bei einem Notfall während der Praxisöffnungszeiten soll mindestens ein Mitarbeitender dazu in der Lage sein bis zum Eintreffen eines Rettungswagens erste Hilfe zu leisten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Der folgende Auszug aus dem Handbuch des Qualitätszirkel Moduls „Ambulante Notfallversorgung – Notfälle vermeiden“, das im Jahr 2018 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht wurde, bringt die Relevanz einer guten Vorbereitung auf medizinische Notfälle in der Praxis folgendermaßen auf den Punkt: <i>„Notfälle können bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und auch unabhängig davon auftreten. Sie erfordern neben der korrekten Notfallausstattung, die zum Zeitpunkt vollständig und funktionsfähig sein muss, ein abgestimmtes Handeln im geschulten Team. Unzureichende Vorbereitung auf Notfälle gefährdet nicht nur Patienten, sondern kann auch erhebliche juristische Konsequenzen haben. Das Notfallmanagement ist Bestandteil des Qualitätsmanagements. Nach dem Sozialgesetzbuch sind Praxen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a Abs. 2 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Qualitätsmanagement-Richtlinie 6 bestimmt, dass im Rahmen des Qualitätsmanagements insbesondere auch das Notfallmanagement zu regeln ist. Dazu heißt es: „Es wird eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallausstattung und Notfallkompetenz, die durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisiert wird, vorgehalten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Erkennen von und Handeln bei Notfallsituationen geschult.“ (Bürger et al. 2018)</i> Wie diese Ausführungen zeigen, ist es von hoher Relevanz, dass alle Mitarbeitenden einer Praxis regelmäßig an Notfallschulungen teilnehmen, die sie dazu befähigen, menschliches Leben zu retten oder akute gesundheitliche Notfälle bis zum Eintreffen weiterführender Hilfe abzuwenden oder zu mildern. Dies kann zum Beispiel ein Training zu Wiederbelebensmaßnahmen oder zur Nutzung des Notfallkoffers o.ä. sein.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Notfallmanagement“ / Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	05 – Checkliste bei der Visitation (OC)
Items:	Nehmen die Mitarbeitenden der Praxis mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	EPA-Material ist vorhanden. Hier bieten viele Rettungsdienste Kurse an.
Originalformulierung	1. Die Praxis hat ein organisiertes Notfallmanagement, das die Maßnahmen im akuten Notfall festlegt. 2. Das Praxisteam probt jährlich praxisspezifische Notfälle. 3. Die Mitarbeiter der Praxis haben in den letzten drei Jahren an einer Schulung für den akuten medizinischen Notfall teilgenommen.

Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)	
Literatur	Bürger, C; Bürger, P; Quasdorf, I (2018). Ambulante Notfallversorgung - Notfälle vermeiden. Berlin Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Kurzname	Risikoidentifikation
Indikator-ID 11	In der Praxis wird regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis wird regelmäßig (einmal im Jahr) ein Risiko-Assessment durchgeführt, um mögliche Krisen und Risiken frühzeitig zu identifizieren und zu bearbeiten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Der Gemeinsame Bundausschuss fordert in seiner aktuellen Qualitätsmanagement-Richtlinie ein strukturiertes Risikomanagement. Hierzu gehört es Risiken frühzeitig zu identifizieren, zu analysieren, zu bewerten, zu bewältigen und zu überwachen (G-BA 2020). Aus den Interviews im Rahmen des RESILARE-Projektes ging hervor, dass in der Praxis erarbeitet werden sollte, welche Risiko- oder auch Krisensituationen auf die individuelle Praxis zukommen könnten. Das Praxisteam erarbeitet anschließend gemeinsam konkrete Lösungsstrategien in Form von Handlungsplänen, die Aufschluss geben sollen, wie in der jeweiligen Situation genau vorgegangen werden sollte. Hierbei können verschiedenste Szenarien berücksichtigt und durchdacht werden. Für jede der Situationen müssen Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten genau benannt werden.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Krisenresilienz
Erhebungsinstrumente	06 – Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Wird in der Praxis regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Informationen und Mustervorlagen zum Bereich Fehler- und Risikomanagement sind auf der Materialienseite von EPA (Visotool®) zu finden. Im Sinne des Krisenrisikos sind zunächst die folgenden Punkte zu beachten: - Krisenidentifikation, Frühwarnsystem - Krisendiagnose, Krisenstufen - Schwere der Krise und Auswirkungen - zu treffende Ziele und Maßnahmen
Originalformulierung	Die Praxis hat ein schriftliches Verfahren zum Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten sowie unerwünschten Ereignissen Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger

Kurzname	Krisenbeauftragte (r)
Indikator-ID 12	Die Praxis hat ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden
Kommentar	Vorschlag: Als Item zum Indikator Krisenpläne
Qualitätsziel	In der Praxis ist festgelegt, wie im Krisenfall die Durchführung und auf die Einhaltung wie z.B. der Krisenpläne / Handlungsempfehlungen geachtet wird.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	In der Praxis werden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für relevante Bereiche benannt. Damit im Krisenfall (generell und für spezifische Krisensituationen) eine benannte Person die Federführung übernimmt und auf die Einhaltung der von ihm mit erstellten Krisenpläne achtet. Ein Krisenbeauftragter hat unter anderem auch die Aufgabe die notwendige Infrastruktur im Krisenfall zu überprüfen, die Kommunikation mit anderen Stakeholdern und der Öffentlichkeit zu pflegen sowie die Mitarbeitenden auf die entsprechenden Krisensituationen zu schulen. Zudem muss er bei Veränderung der Krisensituationen reagieren und neue Strategien zur Bewältigung entwickeln können (Collins et al. 2008). Hierbei ist wichtig, dass Verantwortlichkeiten und Zuständigkeit klar definiert sind und alle Mitarbeitenden über Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten informiert sind (WHO 2007). Das Zuständigkeiten in der Praxis schriftlich zu regeln sind, wird zudem von der Qualitätsmanagement-Richtlinie des GBA gefordert (G-BA 2020).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	-
Erhebungsinstrumente	01 - Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Ist in der Praxis ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	In den Krisen- bzw. Handlungsanleitungen soll für jedes Themengebiet eine oder mehrere verantwortliche Personen(en) genannt sein. Das kann auch nur eine Person sein, die dann als Krisenbeauftragte/r fungiert.
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. G-BA (2020). Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Kurzname	Krisenpläne
Indikator-ID 13	Die Praxis verfügt über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen
Qualitätsziel	Für jede identifizierte Krise, die in der Praxis auftreten kann, soll es jeweils einen Krisen- bzw. Handlungsplan geben. Damit soll sichergestellt werden, dass bei einer auftretenden Krise eine hohe Handlungsfähigkeit des gesamten Praxisteam gegeben ist.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Als Krisenplan ist ein dokumentiertes Verfahren zu verstehen, welches im Worst-Case Szenario darüber informiert, wie bei der auftretenden Krise zu handeln ist. Die zuvor definierten Krisen sind einzeln zu betrachten. Ein Krisenplan sollte die Krise genau beschreiben. Er soll darüber Auskunft geben, welche Sofortmaßnahmen mit welchen Mitteln einzuleiten sind. Weiterhin soll in ihm enthalten sein, wer zu informieren, mit wem Kontakt zu halten ist und es sollen Verantwortlichkeiten sowie Zuständigkeiten geregelt sein. Der Plan kann auch unterscheiden, was vor einer Krise an Vorbereitungen getroffen werden müssten, und welche Aufgaben während der Krise bewältigt werden sollten (Collins et al. 2008). Falls es für identifizierte Krisensituationen bereits offizielle, schriftliche Krisenpläne und/oder Handlungsanweisungen gibt, sollten diese der Praxis bekannt sein und vorliegen. Beispielsweise gibt es den Nationalen Pandemieplan des Robert-Koch-Institutes. Am Ende müssen die Pläne und Handlungsanweisungen konkret auf die eigene Praxis angepasst bzw. individualisiert werden, um im Krisenfall die Anwendung und Umsetzbarkeit zu garantieren. Dazu zählt auch die Anpassung bzw. Überarbeitung der Krisenpläne, falls sich bei der Umsetzung Änderungsbedarf ergeben haben (Collins et al. 2008; WHO 2007).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Fehler- und Risikomanagement“ oder „Qualität und Sicherheit“
Erhebungsinstrumente	06 – (OI) Interview bei der Praxisbegehung
Items:	Verfügt die Praxis über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Ein „Ja“ ist nur anzukreuzen, wenn mindestens drei Krisen- bzw. Handlungspläne vorliegen (z.B. Vorgehen bei Stromausfall mit den im Kühlschrank gelagerten Impfstoffen).
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxis soll dahingehend sensibilisiert werden, sich auf potenzielle Krisen vorzubereiten. Mit der Schaffung von Krisen- und Handlungsplänen werden die Mitarbeitenden mit potenziellen Krisenthematiken vertraut gemacht und können im Krisenfall womöglich schnell handeln. Ein schriftlicher Krisen- bzw. Handlungsplan kann in einem separaten Krisenmanagement-Ordner oder auch im bestehenden Qualitätsmanagement mit aufgenommen werden. Es sollte bedacht werden, dass bei Stromausfall kein Zugriff auf eine digitale Version möglich ist. Krisen- bzw. Handlungspläne sollten außerdem kurzgehalten werden, z.B. als Flussdiagramm, denn im Ereignisfall ist es wichtig, dass nicht viel gelesen werden muss. Nachführend die wichtigsten Krisen: Pandemien/Krankheitswellen, Personalausfall, Fachkräftemangel, Steigender Arbeitsaufwand, Technikausfall, Klimawandel, Wirtschaftskrise, Ressourcenmangel Akute Krisen bei Patienten, Schwierigkeiten mit Patienten
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Kurzname	Kenntnisse zu Krisenplänen
Indikator-ID 14	Alle Mitarbeitenden der Praxis kennen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne und können auf diese zugreifen.
Qualitätsziel	Die Mitarbeitenden der Praxis sollen im Krisenfall best- und schnellstmöglich handeln können, um den Praxisbetrieb aufrecht zu erhalten und um Schäden zu minimieren.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Mitarbeitenden sollen und können auf bestehende Krisen- und Handlungspläne zugreifen. Alle Mitarbeitenden der Praxis sollen die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne kennen, um bei Auftritt einer Krise handeln zu können. Dies setzt voraus, dass sie zuvor über den Inhalt der Pläne und ggf. geschult worden sind (Collins et al. 2008; WHO 2007). Hierzu zählt auch die Mitarbeiter bei Änderungen / Anpassungen der Inhalte der Krisenpläne zu informieren und ggf. neu zu schulen. Die Krisenpläne sollten nicht nur digital, sondern auch in ausgedruckter Form zur Verfügung stehen, da bei Stromausfall nicht darauf zugegriffen werden kann.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Fehler- und Risikomanagement“ oder „Qualität und Sicherheit“
Erhebungsinstrumente	05- Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1. Kennen alle Mitarbeitenden der Praxis die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne? 2. Wissen alle Mitarbeitenden der Praxis wo die Krisen- bzw. Handlungspläne zu finden sind?
Skala:	Ja/Nein/Nicht zutreffend
Headline/Instruction:	Es ist darauf zu achten, dass Krisenpläne nicht nur digital abgelegt sind, da bei Stromausfall nicht darauf zugegriffen werden kann.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Falls es keine Krisen- bzw. Handlungspläne gibt, dann ist hier „nicht zutreffend“ anzukreuzen. Es ist darauf zu achten, dass Krisenpläne nicht nur digital abgelegt sind, da bei Stromausfall nicht darauf zugegriffen werden kann.
Originalformulierung	-
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Kurzname	Versicherte Risiken
Indikator-ID 15	Die Praxis überprüft in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht
Kommentar	-
Qualitätsziel	Größtmögliche Absicherung: zum Erhalt des finanziellen Gleichgewichts und damit die Existenz nicht bedroht ist, soll die Praxis für potenziell auftretende Schäden abgesichert sein.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Sollte ein Schadensfall eintreten, so kann dies sehr schnell zu einer finanziellen Krise und existenzgefährdenden Notlage führen. Daher sollten die wichtigsten Risiken mittels einer Versicherung abgedeckt sein. Grundsätzlich können Schäden in nachfolgenden Bereichen entstehen: Vermögensschäden, Personen- und Sachschäden, Schäden am Eigentum der Praxis/der Ärztin/Arzt, Ausfall der Ärztin/Arztes, Ausfall der Angestellten. Die Rechte und Pflichten für die jeweiligen abzusichernden Fallkonstellationen ergeben sich zum einen aus der Notwendigkeit und z.B. aus dem BGB, dem Arbeitsschutzgesetz, der Betriebsstätten Verordnung, der betrieblichen Finanzierung, dem Immobilienschutz etc. Laut der Ärzte und Apotheker Bank benötigt eine Arztpraxis unter anderem eine Praxis-Ausfallversicherung, eine Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte, Praxisvielschutzversicherung sowie eine Rechtsschutzversicherung (apoBank 2022) aber auch die Praxisinventarversicherung.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Finanzen
Erhebungsinstrumente	OI-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Überprüft die Praxis in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Nachstehend aufgeführt sind die wichtigsten, gängigsten Versicherungen: Berufshaftpflicht, Praxisrechtsschutz, Betriebsunterbrechung, Private Krankenversicherung, Inventarversicherung, Versicherung gegen Hacker-Angriffe, Elektronik, Berufsunfähigkeit, Krankengeld, Praxisausfallversicherung auch Ertragsausfallversicherung genannt. Es gibt hierfür externe Beratungsmöglichkeiten.
Originalformulierung	-
Literatur	apoBank (2022). Gewerbliche Sachversicherung. https://www.apobank.de/unsere-leistungen/versicherung/sachversicherung (Zugriff am 25.04.2022).

Kurzname	Kommunikationskanäle
Indikator-ID 16	Die Praxis verfügt über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können
Kommentar	
Qualitätsziel	Im Krisenfall soll sichergestellt sein, dass viele Patientinnen und Patienten der Praxis schnellst- und bestmöglich informiert werden können.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Eine gezielte und aussagefähige Informationsweitergabe im Krisenfall kann die Compliance und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erhöhen. Mögliche Instrumente und Medien können sein: - Praxiswebseite mit Informationen (z.B. Verhaltensregeln, Warnhinweis) - Einrichtung einer Telefonhotline - gezielte Ansprache auf dem Anrufbeantworter - Möglichkeit der digitalen Kontaktaufnahme (Kontaktformular auf der Webseite, E-Mail) - Erklär-/ Hinweis-/Infoschilder in den Räumlichkeiten (z.B. Praxiseingang, Wartezimmer) - Nach Absprache: Mund zu Mund-Propaganda (Collins et al. 2008). Eine weitere Möglichkeit besteht darin, gemeinsam mit anderen Praxen oder auch der Kommunen Kommunikationsmedien aufzubauen, auf den Patienten weitere Informationen erhalten können. Patienten müssen dann auf diese Art der Medien hingewiesen werden (WHO 2007). Innerhalb der Praxis muss geklärt werden, welche Informationen die Patienten erhalten sollen und wer dafür zuständig ist. Hierzu zählt auch wie gehandelt bzw. informiert wird, sobald sich Änderungen ergeben (Collins et al. 2008).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Informationen für Patienten über die Praxis, Praxispolitik und die lokalen Gegebenheiten /Information
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Verfügt die Praxis über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Je nach Krisenfall kann das telefonisch, über die Praxiswebsite, Social-Media-Kanäle, Aushänge, Flyer etc. sein.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Folgende Instrumente und Medien können eingesetzt werden: - Praxiswebseite mit Informationen (z.B. Verhaltensregeln, Warnhinweis) - Einrichtung einer Telefonhotline - gezielte Ansprache auf dem Anrufbeantworter - Möglichkeit der digitalen Kontaktaufnahme (Kontaktformular auf der Webseite, E-Mail) - Erklär-/ Hinweis-/Infoschilder in den Räumlichkeiten (z.B. Praxiseingang, Wartezimmer) - Nach Absprache: Mund zu Mund-Propaganda
Originalformulierung	Eine ggf. vorhandene Website der Praxis ist im Internet zu finden. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Kurzname	Regionales Netzwerk
Indikator-ID 17	Die Praxis verfügt über ein regionales Netzwerk
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die Praxis soll in regionale Strukturen gut eingebunden sein, damit sie sich jederzeit mit allen Stakeholdern best- und schnellstmöglich austauschen kann. Ein ggf. gemeinsam abgestimmtes Vorgehen kann der Praxis Handlungssicherheit bieten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Praxis (stellvertretend sind alle Mitarbeitenden und Inhaber/innen gemeint) ist mit anderen kommunalen Einrichtungen wie Pflegeheimen, Krankenhäusern, weiteren Praxen, dem Gesundheitsamt, der Stadtverwaltung, und ähnlichen relevanten Organisationen vernetzt (Collins et al. 2006). Findet beispielsweise ein „runder Tisch“ mit den Beteiligten statt, beteiligt sich die Praxis hier ebenfalls aktiv. Die Kommunikation zu den Netzwerkpartnern sollte stets gepflegt und aufrechterhalten werden. Ein Netzwerk zu haben ist wichtig, um sich Informationen abgreifen und im Falle, beispielsweise einer Pandemie handeln schnell zu können (Collins et al. 2008).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Kommunikation mit anderen Leistungserbringern/Schnittstellenmanagement“ /Information
Erhebungsinstrumente	01 – Selbstassessment Praxisinhaber (GPI)
Items:	Verfügt die Praxis über ein regionales Netzwerk, z.B. mit anderen Praxen, Apotheken, Arztnetzen etc.?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxis soll sich darüber Gedanken machen, ob sie wirklich gut vernetzt ist. Die Praxis sollte eine Liste über die Netzwerkpartner führen.
Originalformulierung	Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802.

Kurzname	Qualitätszirkel
Indikator-ID 18	Mindestens ein/e Vertreter/in der Praxis nimmt regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil
Kommentar	-
Qualitätsziel	Durch die regelmäßige Teilnahme (mindestens einmal im Jahr) an Qualitätszirkeln und/oder Netzwerktreffen soll eine Verbundenheit der Praxis mit anderen Praxen erreicht werden. Treffen dieser Art sind von gegenseitigem Nutzen, da Informationen und Erfahrungen auf verschiedenen Ebenen ausgetauscht werden.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Qualitätszirkel bieten den Ärzten die Möglichkeit, sich fachlich mit Kollegen auszutauschen, um neues Wissen zu erhalten. Zudem können in Qualitätszirkeln Kontakte geknüpft werden, die für eine individuelle Netzworlbildung wichtig sind (KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022; Bahrs et al. 2001). Die Praxis beteiligt sich aktiv an Qualitätszirkeln und praktiziert Informations- und Erfahrungsaustausch mit anderen Praxen/Institutionen. Qualitätszirkel gibt es sowohl für ärztliche als auch für nicht-ärztliche Mitarbeitende. Während der Zeit der Corona-Pandemie haben sich zunehmend auch digitale Formate bewährt, so kann der wichtige Austausch auch über gesicherte digitale Medien geschehen (z.B. Foren, Gruppen).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Kommunikation mit anderen Leistungserbringern/Schnittstellenmanagement“/ Information
Erhebungsinstrumente	1. 06 – Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in) (OI) 2. 05 – Checkliste bei der Begehung OC)
Items:	1. Nehmen die ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil? 2. Nehmen die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/ oder ähnlichen Netzwerktreffen teil?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Es gibt Informationsmaterial auf der EPA-Materialienseite
Originalformulierung	1. Die ärztlichen Mitarbeiter beteiligen sich an anerkannten Qualitätszirkeln 2. Anteil der Ärzte der Praxis, die in den letzten 12 Monaten an mindestens 4 anerkannten Qualitätszirkeltreffen teilgenommen haben 3. Die Ärzte der Praxis beteiligen sich an einem Qualitätszirkel, der mit datenbasierten, praxisindividuellen Ergebnissen arbeitet Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Bahrs, O; Gerlach, F; Szecsenyi, J; Andres, E (2001). Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. Köln: Deutscher Ärzteverlag. KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022). Qualitätszirkel (QZ). https://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php (Zugriff am 26.04.2022).

Kurzname	Kontaktliste
Indikator-ID 19	Das Praxisteam verfügt über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung.
Qualitätsziel	Zur Erhöhung der Patientensicherheit: Um die Patientenversorgung bestmöglich sicherzustellen, soll die Praxis eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten, externen Ansprechpartner vorhalten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Praxis verfügt über eine aktuelle Liste mit allen wichtigen relevanten Telefonnummern, Adressen inklusive Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern. Beispiele für wichtige Kontakte: Giftzentrale, Gesundheitsamt, Tropeninstitut, IT-Dienstleister, Apotheke, Pandemieeinrichtungen usw. (WHO 2020; Collins et al. 2008). Die Ansprechpartner sind u.a. entsprechend der Krisenpläne zu beachten.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Kommunikation mit anderen Leistungserbringern/Schnittstellenmanagement“ / Information
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Verfügt das Praxisteam über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxis sollte diese Liste stets aktuell halten (Datum des aktuellen Stands). Außerdem muss darauf geachtet werden, dass diese Liste in papierbasierter Form (bestmöglich laminiert) an einem zentralen Ort (an der Rezeption) ausliegt, sodass bei Stromausfall auch darauf zugegriffen werden kann.
Originalformulierung	Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer. Indikatorenset EPA HA 3.2 (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2020). WHO Guidance For Climate-Resilient And Environmentally Sustainable Health Care Facilities. Geneva: World Health Organization.

Kurzname	Datensicherung
Indikator-ID 20	Digital erhobene Daten werden in der Praxis täglich gesichert und sicher aufbewahrt
Kommentar	-
Qualitätsziel	Die Praxis stellt sicher, dass von relevanten Daten, die in digitaler Form erfasst werden, mindestens einmal täglich eine Sicherungskopie erstellt wird. Diese wird an einem sicheren Ort – getrennt von den Originaldaten sowie ggf. verschlüsselt – verwahrt und vor dem Zugriff Dritter geschützt. Dadurch soll erreicht werden, dass auf bereits erfasste Daten jederzeit wieder zugegriffen werden kann und bei einer technischen Panne wieder herstellbar sind.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Regelmäßige Sicherungen wichtiger Datenbestände sind eine Voraussetzung dafür, um einen IT-Ausfall sowie Beschädigungen des EDV-Systems durch Viren oder Hackerangriffe o.ä. möglichst schadlos zu überstehen. Patientendaten, wichtige Praxisdaten (z.B. Formulare, Ablaufpläne, wichtige Rufnummern etc.) sollten daher in Übereinstimmung mit dem Datenschutzkonzept der Praxis in engmaschigen Abständen – nach Möglichkeit täglich – als Sicherungskopie (Back-Up) gespeichert werden. Zu beachten ist, dass Trojaner oder andere Schadsoftware je nach Ausgestaltung auch auf Backups übergreifen können. Es sollten daher verschiedene Backupmedien (auch „Offline“-Sicherungen) angefertigt und mindestens eine Sicherungskopie an einem externen Standort verwahrt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass alle Backupmedien in geeigneter Form physisch aufbewahrt (z. B. Tresor, unterschiedliche Brandabschnitte, Gefahr von Wasserschäden, ...) und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu schützen sind (z.B. durch Verschlüsselung der gespeicherten Daten) (Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz 2020; KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„IT-Sicherheit“/ Infrastruktur
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	1.) Werden Daten, die in der Praxis digital erfasst werden, täglich gesichert? 2.) Werden die Backupmedien sicher aufbewahrt?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	Wichtige Daten werden täglich gesichert. Indikatorenset EPA HA 3.2. (nicht frei verfügbar)
Literatur	Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, BLfD (2020). Cybersicherheit für medizinische Einrichtungen Best-Practice-Prüfkriterien Art. 32 DS-GVO: Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD), Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA). KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). Richtlinie nach § 75b SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit.

Kurzname	EDV-Ausfall Ersatzverfahren
Indikator-ID 21	Die Praxis hat ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann
Kommentar	-
Qualitätsziel	Damit der Praxisbetrieb im Falle eines EDV-Ausfalls (z.B. durch Stromausfall, Hackerangriff o.ä.) aufrechterhalten werden kann, soll die Praxis ein Ersatzverfahren implementiert haben.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Patientenakten, Anamnesebögen und ähnliche Dokumente, die nur digital vorliegen, liegen als Kopiervorlagen in analoger Form vor, damit sie im Falle eines EDV-Ausfalls herangezogen und der Praxisbetrieb aufrechterhalten werden kann. Die in diesen Ausnahmesituationen analog erhobenen Daten können dann nachträglich digitalisiert werden. Für die rasche Wiederherstellung der IT-Infrastruktur nach einem Ausfall sind auch die sichere Aufbewahrung zentraler Administrationszugangsdaten (z. B. im Tresor) und entsprechende Zugangsmöglichkeiten im Notfall relevant (Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz 2020; Kowalzik et al. 2020)
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Fehler- und Risikomanagement“ oder „IT-Sicherheit“ / Qualität und Sicherheit
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1.) Hat die Praxis ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Im Sinne des Krisenszenario soll von der Praxis ein schriftliches Verfahren erarbeitet werden, welches sicherstellt, dass bei EDV-Ausfall weitergearbeitet werden kann. Dazu verfügt die Praxis beispielsweise über papierbasierte Vordrucke, die für normalerweise digital ablaufende Arbeitsschritte genutzt werden können (z.B. Patientenaufnahme, Anamnese, Überweisung, Rezeptausstellung etc.). Zudem ist zu beachten, dass auch technische Geräte wie EKG, Ultraschall etc. betroffen sein können, auch hier sind entsprechende Schritte festzulegen, die im Falle eines Ausfalls eingeleitet werden (z.B. Überweisung in andere Praxis, Verschiebung auf einen späteren Zeitpunkt). Die Voraussetzung für dieses Vorgehen liegt darin, dass zunächst ein Konzept ausgearbeitet wird, das festhält, an welchen Punkten der Aufnahme/Behandlung/Überweisung etc. eines Patienten digitale Tools zum Einsatz kommen, damit die notwendigen „Eingabemasken“ identifiziert und in analoger Form vorgehalten werden können. Ein Ordner mit entsprechenden analogen Formularen sollte an einem für alle zugänglichen Ort in der Praxis vorgehalten und stets dem aktuell gehalten werden.
Originalformulierung	-
Literatur	Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, BLfD (2020). Cybersicherheit für medizinische Einrichtungen Best-Practice-Prüfkriterien Art. 32 DS-GVO: Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD), Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA). Kowalzik, B; Hähn, F; Stolzenburg, K (2020). Handbuch Krankenhausalarm- und -einsatzplanung (KAEP). Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Kurzname	Vorratshaltung
Indikator-ID 22	Die Praxis hat ein Verfahren etabliert, dass für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt
Kommentar	-
Qualitätsziel	Es soll der Praxis ein - dem Bedarf- angepasster Vorrat an Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln zur Verfügung stehen, damit im Krisenfall die Praxis weiter arbeitsfähig ist.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Grundsätzlich sollte die Praxis über ein Depot an Materialien/Medizinprodukten/ Arzneimitteln verfügen, um eine gewisse Zeit (z.B. einen Monat) ohne externe Versorgung überbrücken zu können (Collins et al. 2008; WHO 2007; Collins et al. 2006). Wichtig hierbei ist, dass Verfallsdatum der Vorräte zu überwachen, damit die Qualität aufrecht gehalten werden kann. Um den Prozess zu steuern können Übersichten genutzt werden. Zum einen müssen Materialien für das Depot wieder bestellt werden, zum anderen sollten Materialien aus dem Depot als erstes vor Ablauf des Mindesthaltbarkeitsdatums verwendet werden (WHO 2007). In jeder der Praxis sollte individuell identifiziert werden, welche Materialien/Medizinprodukte/Arzneimittel etc. in der Praxis regelmäßig gebraucht werden.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente“ /Infrastruktur
Erhebungsinstrumente	05- Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	Hat die Praxis ein Verfahren etabliert, dass für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Wenn möglich sollte ein Blick in den Vorratsraum auf die Lagerhaltung geworfen werden. Hier kann unter anderem auf die Bestellung des Sprechstundenbedarfs hingewiesen werden. (SSB-V). Die Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf unterliegt häufigen Änderungen, ist regional unterschiedlich und bei der eigenen KV erfahr- und abrufbar. Der Sprechstundenbedarf ist dem strengen Wirtschaftlichkeitsprinzip unterworfen und deckt in der Regel nicht den tatsächlichen Praxisverbrauch ab.
Originalformulierung	Es gibt ein Verfahren, welches regelt das die Instrumente und Verbrauchsmaterialien stets in ausreichender Menge vorrätig und leicht erreichbar sind. Indikatorenset EPA 3.1 ZA (nicht frei verfügbar)
Literatur	Collins, N; Litt, J; Moore, M; Winzenberg, T; Shaw, K (2006). General practice: professional preparation for a pandemic. MJA 185(10): S66-S69. Collins, N; Litt, J; Winzenberg, T; Shaw, K; Moore, M (2008). Plan your pandemic. A guide for GPs. Australian Family Physician 37(10): 794-802. WHO (2007). Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva: World Health Organization.

Kurzname	Nachhaltigkeitskonzept
Indikator-ID 23	Die Praxis verfügt über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise
Qualitätsziel	Die Praxis bestimmt mindestens einmal jährlich, an welchen Stellen eine nachhaltigere Arbeitsweise umsetzbar ist und arbeitet konkrete Maßnahmen aus, mit deren Hilfe nachhaltigere und klimafreundlichere Praxisabläufe realisiert werden können.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Angehörigen der Gesundheitsberufe obliegt eine besondere Verantwortung, auf die Folgen des Klimawandels hinzuweisen und mit diesen umzugehen. Eine Aufgabe von Arztpraxen liegt daher darin, auf die gesundheitlichen Gefahren des Klimawandels aufmerksam zu machen und auf neue Krankheitsbilder sowie eine sich ändernde Medizin einzustellen (KLUG - Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit 2021). Darüber hinaus können sie durch Empfehlungen zu einer nachhaltigeren Lebensweise (z.B. Reduktion von tierischen Nahrungsbestandteilen, Fortbewegung zu Fuß oder mit dem Fahrrad etc.) die Gesundheit der Patient*innen fördern und gleichzeitig Klimaschäden verringern. Nicht zuletzt sollten Teams ihren Beitrag dazu leisten, eine deutliche Minderung des CO₂-Fußabdrucks unserer Gesellschaft zu erreichen, indem sie selbst in den Praxen auf eine Verringerung des Ressourcenverbrauchs achten. Die folgenden Bereiche bieten Anknüpfungspunkte, um nachhaltigere und klimafreundlichere Praxisabläufe zu realisieren: - Mobilität von Patienten und Patientinnen sowie Mitarbeitenden - Immobilie (z.B. Energieverbrauch, Wasserverbrauch, Ventilation, Baumaterialien) - Abfallmanagement - Patientenversorgung (Materialverbrauch, Effizienz, Maßnahmen zur Prävention, Verschreibung von Medikamenten und Antibiotika) - Lieferketten/ Beschaffung/ Einkauf - Digitalisierung Inspiration und Ideen für eine nachhaltigere Arbeitsweise in Praxen finden sich beispielsweise auch bei der Initiative „Greener Practice“, die in Großbritannien ein großes Angebot an Informationen und Maßnahmenvorschlägen veröffentlicht hat: https://www.greenerpractice.co.uk/information-and-resources/organisational-considerations/
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	Beide Items: 06 - Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	1.) Verfügt die Praxis über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise? 2.) Sind die im Konzept festgelegten Maßnahmen allen Mitarbeitenden bekannt und arbeiten alle gemeinsam an ihrer Umsetzung?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Das Toolkit (https://www.greenimpact.org.uk/giforhealth) kann jeder Allgemeinmedizinischen Praxis helfen, ihre Nachhaltigkeit und ihren Umwelteinfluss zu verbessern, ihre schädlichen Auswirkungen auf die Gesundheit des Planeten und die Risiken des Klimawandels zu verringern und ihre Praxisausgaben zu senken. Es beantwortet die Frage: "Was können wir in unserer Praxis tun?"
Originalformulierung	-

Literatur

KLUG - Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (2021). Handout: Wege zur Klimaneutralität in der eigenen Praxis Planetary Health Academy.

Kurzname	Klimarelevante Patienteninformationen
Indikator-ID 24	Die Praxis hält gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit
Qualitätsziel	In der Praxis werden klimarelevante Informationen für Patienten und Patientinnen vorgehalten, die in laienverständlicher Sprache über resultierende Gesundheitsgefahren aufklären, damit die Patienten die Zusammenhänge zwischen klimatischen Veränderungen und gesundheitlichen Auswirkungen besser verstehen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Veränderung des Klimas hat direkte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und das Gesundheitswesen. Die Auswirkungen des Klimawandels werden künftig zunehmende Bedeutung in der Primärversorgung erlangen. In absehbarer Zukunft werden Extremwetterereignisse wie Starkregen und Hitzewellen mit direkten Gesundheitsgefahren, die Ausbreitung vektorbedingter Erkrankungen, allergischer Atemwegserkrankungen durch invasive Pflanzenarten, klimabedingte psychische Erkrankungen, Erkrankungen durch toxische Algenblüten sowie die Zunahme von Hautkrebserkrankungen und vorzeitige Todesfälle durch Luftschadstoffe zunehmend wichtige Themenfelder in der Patientenversorgung sein (DEGAM). Die Verbesserung der patientenbezogenen Versorgungsqualität in Hausarztpraxen in Bezug auf klimafolgenbedingte Gesundheitsfragen (z.B. zu Hitzewellen und vektorbezogenen Erkrankungen) fällt nicht zuletzt auch in den Verantwortungsbereich der medizinischen Versorger. Damit sollte auch die laienverständliche Wissensvermittlung zu den Zusammenhängen von Klimawandel und Gesundheit einhergehen. Es ist deshalb zum einen wichtig, dass sich Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter anderer Berufsgruppen im Gesundheitssystem mit diesem für viele noch unbekannten Thema intensiv befassen. Zudem muss über diese sowohl für alle Gesundheitsberufe – insbesondere aber auch über die für alle „normalen“ Bürgerinnen und Bürger als medizinische Laien noch weitgehend unbekannte Thematik – nachvollziehbar und verständlich aufgeklärt werden (Schmidt 2021). Zu diesem Zweck bietet sich neben einer gezielten Klimasprechstunde die Vorhaltung von entsprechendem klimarelevantem Informationsmaterial in laienverständlicher Sprache an.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Klima und Nachhaltigkeit“
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1.) Hält die Praxis gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Initiative „Greener Practice“, die in Großbritannien initiiert wurde, bietet auf ihrer Website unter anderem auch Informationen für Patient*innen an: https://www.greenerpractice.co.uk/information-and-resources/information-for-patients/ Eine beispielhafte Patienteninformation zum Umgang mit Hitze für den deutschsprachigen Raum wurde durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) veröffentlicht: https://www.patienten-information.de/medien/kurzinformationen/hitze-kip.pdf
Originalformulierung	-
Literatur	DEGAM Positionspapier der AG Klimawandel und Gesundheit der DEGAM: Der Klimawandel ist die größte Bedrohung für die globale Gesundheit im 21.Jhd - Hausärzt*innen sind gefragt! Berlin: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Schmidt, I (2021). Vektorbedingte Infektionskrankheiten. Neue Herausforderungen durch den Klimawandel Pädiatrische Allergologie 04/2021: 9-15.

Kurzname	Klimasprechstunde
Indikator-ID 25	Die Praxis bezieht anlassbezogen das Thema „Klima und Gesundheit“ in die Patientenberatung mit ein
Qualitätsziel	Die Beziehung zwischen Gesundheit und Klima soll aktiv in die Sprechstunde mit aufgenommen werden. Dadurch soll eine angepasste und verbesserte Patientenversorgung erreicht werden, die aufgrund des sich verändernden Klimas notwendig geworden ist. Durch Information und Aufklärung sollen Patienten präventive Maßnahmen kennenlernen, um sich bestmöglich selbst, und gleichzeitig die Umwelt zu schützen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Das Konzept planetary health befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen der Gesundheit des Menschen und der Gesundheit des Planeten. Durch den Klimawandel treten zunehmend neue Herausforderungen auf, um die Gesundheit der Menschen zu erhalten. Über die Auswirkungen und Zusammenhänge – sowohl für die eigene Gesundheit als auch für das Klima – soll informiert und aufgeklärt werden (präventive Intervention) (Krolewski 2022a). Es sind den Patientinnen und Patienten Möglichkeiten zu Verhaltensänderungen aufzuzeigen, z.B. zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Hitze, Allergien, rationaler Antibiotikaeinsatz, neuartige Krankheitserreger usw. (Krolewski 2022b). Eine „Klimasprechstunde“ kann im Rahmen der gesundheitlichen Untersuchung (z.B. bei Neuaufnahme des Patienten, DMP oder zum regelmäßigen Check-up) erfolgen. Informiert werden sollten aber nicht nur Risikogruppen und besonders vulnerable Personen, sondern möglichst die gesamte Klientel.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	06- Interviewleitfaden für den Praxisinhaber (OI)
Items:	Bezieht die Praxis das Thema „Klima und Gesundheit“ anlassbezogen in die Patientenberatung mit ein?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	Dies kann z.B. bei Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten, DMP oder zum regelmäßigen Check-up erfolgen.
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Zur Unterstützung bei den Gesprächen in der Klimasprechstunde können klimarelevante Informationen bzw. Gesundheitsinformationen eingesetzt werden. Um sich selbst mit dem Thema besser auseinander zusetzen findet sich hier eine umfassende Informationsquelle zu einzelnen Krankheitsbildern. Interessante Informationen sind unter nachstehendem Link zu finden: https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/versorgungs-report/klima-und-gesundheit/
Originalformulierung	-
Literatur	Krolewski, R (2022a). "Klima-Sprechstunde" Eine (Be-)Handlungskonzept für gesunde Menschen auf einem gesunden Planeten. Bayrisches Ärzteblatt 03/2022: 84-86. Krolewski, R (2022b). Die Patienten informieren Deutsches Ärzteblatt 10/2022: 454-455.
	Literaturangaben zum Indikator (zur Rationale)

Kurzname	Klimabedingte Erkrankungen
Indikator-ID 26	Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen
Qualitätsziel	Die Praxis informiert und beschäftigt sich mit klimabedingten Erkrankungen, um Patienten im Bedarfsfall aufzuklären bzw. entsprechend zu versorgen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Die Veränderung des Klimas hat direkte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und das Gesundheitswesen. Die Auswirkungen des Klimawandels werden künftig zunehmende Bedeutung in der Primärversorgung erlangen. In absehbarer Zukunft werden Extremwetterereignisse wie Starkregen und Hitzewellen mit direkten Gesundheitsgefahren, die Ausbreitung vektorbedingter Erkrankungen, allergischer Atemwegserkrankungen durch invasive Pflanzenarten, klimabedingte psychische Erkrankungen, Erkrankungen durch toxische Algenblüten sowie die Zunahme von Hautkrebserkrankungen und vorzeitige Todesfälle durch Luftschadstoffe zunehmend wichtige Themenfelder in der Patientenversorgung sein (DEGAM). Die Verbesserung der patientenbezogenen Versorgungsqualität in Hausarztpraxen in Bezug auf klimafolgenbedingte Gesundheitsfragen (z.B. zu Hitzewellen und vektorbezogenen Erkrankungen) fällt nicht zuletzt auch in den Verantwortungsbereich der medizinischen Versorger. Damit sollte auch die laienverständliche Wissensvermittlung zu den Zusammenhängen von Klimawandel und Gesundheit einhergehen. Es ist deshalb zum einen wichtig, dass sich Ärztinnen und Ärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter anderer Berufsgruppen im Gesundheitssystem mit diesem für viele noch unbekannten Thema intensiver befassen. Beispielsweise können sich Praxen auf den Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder bei der deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. (KLUG) entsprechende Informationen zum Thema Klima Mensch Gesundheit einholen. Bei letzterem werden regelmäßig Fortbildungskurse zu klimabedingten Erkrankungen angeboten.
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01 - Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	1. Informiert und beschäftigt sich die Praxis mit klimabedingten Erkrankungen? 2. Werden Fortbildungen zu klimabedingten Erkrankungen wahrgenommen?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	
Originalformulierung	-
Literatur	DEGAM Positionspapier der AG Klimawandel und Gesundheit der DEGAM: Der Klimawandel ist die größte Bedrohung für die globale Gesundheit im 21.Jhd - Hausärzt*innen sind gefragt! Berlin: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Kurzname	Hitzeschutzplan
Indikator-ID 27	Die Praxis verfügt über einen individualisierten Hitzeschutzplan
Kommentar:	
Qualitätsziel	Zur Sicherstellung der Patientenversorgung bei Hitzewellen soll der Praxis ein individualisierter Hitzeaktionsplan vorliegen. Der Plan soll allen Praxismitarbeitern bekannt sein, damit er während einer extremen Hitzeperiode angewendet werden kann.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Auch hierzulande muss aufgrund des Klimawandels mit häufigeren und länger anhaltenden Hitzewellen gerechnet werden. Die konstant hohe hitzebedingte Übersterblichkeit zeigt, dass die Gesundheit älterer Menschen in Deutschland während Hitzeperioden bislang nicht ausreichend geschützt wird (Becker et al. 2020). Für die Verbesserung entsprechender Präventionsmaßnahmen kommt den Kommunen eine wichtige Rolle zu. Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern gibt es in Deutschland bislang jedoch nur wenige kommunale Hitzeaktionspläne (Osterloh 2022a; Osterloh 2022b). Unabhängig davon sollten jedoch auch niedergelassene Praxen Hitzeaktionspläne ausarbeiten, in denen sie individuell auf ihre Patientenkollektiv und ihr Umfeld angepasste Maßnahmen ausarbeiten. So können praxisindividuelle Hitzeaktionspläne beispielsweise Hinweise zu leichten und moderaten hitzebedingten Erkrankungen und ihrer Behandlung enthalten. Darüber hinaus sollte zu den Maßnahmen im Rahmen des Hitzeaktionsplans ebenfalls die Anpassung der Praxisräumlichkeiten gehören, um auch an heißen Tagen ein angenehmes Raumklima zu bewahren. Weitere Maßnahmen können zum Beispiel folgende sein: - Ausreichendes Wasserangebot für Mitarbeitende, Patienten und Patientinnen - Ausreichender Schutz vor direkter Sonneneinstrahlung beispielsweise durch Rollläden - Frischluftzufuhr, natürliche Ventilation und Raumtemperaturkontrolle - Sicherung einer angemessenen und kühlen Lagerung von Medikamenten Gerade die vulnerable Gruppe der Älteren und Hochaltrigen sowie gesundheitlich Vorbelastete, die in eigenem Haushalt leben, können über entsprechende Aktivitäten ihrer betreuenden Ärzte geschützt werden. Zu entsprechenden Maßnahmen können zum Beispiel die Medikamentenanpassung während Hitzeperioden sowie ein regelmäßiger Kontakt gehören, um unter anderem Zeichen einer Exsikkose frühzeitig erkennen und gegensteuern zu können. Jede niedergelassene Praxis sollte daher ein System etablieren, um ihre klimavulnerablen Patientinnen und Patienten bei Hitzeperioden zu identifizieren und zu unterstützen. Dies kann beispielsweise auch durch eine Reorganisation der Sprechstundenzeiten gelingen, indem die Mittagszeiten verlängert werden und stattdessen die Sprechstunden am Morgen und am Abend erweitert werden (Osterloh 2022a; Osterloh 2022b).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Prävention“ oder „Klima und Nachhaltigkeit“
Erhebungsinstrumente	05 - Checkliste bei der Vor-Ort-Begehung (Visitation)
Items:	1.) Verfügt die Praxis über einen individualisierten Hitzeschutzplan? 2.) Sind alle Mitarbeitenden über die Inhalte und den Ablageort informiert?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Seit 2021 informiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf dem Internetportal klima-mensch-gesundheit.de zu den Auswirkungen des Klimawandels und der steigenden Temperaturen auf die menschliche Gesundheit. Auf der neuen Website finden sich qualitätsgeprüfte und unabhängige Informationen, wie sie Hitzebelastungen vorbeugen

	können. Darüber hinaus erhalten Fachpersonen Informationen, um Lebenswelten hitzetauglich zu gestalten und Menschen gezielt in ihrer alltäglichen Umgebung anzusprechen. EPA hat dazu ein Poster erarbeitet und stellt dies den Praxen für ihre Patienten zur Verfügung,
Originalformulierung	-
Literatur	Becker, C; Rapp, K; Klenk, J; Lindemann, U; Roigk, P (2020). Abschlussbericht: Prävention hitzebedingter Risiken bei älteren Menschen. Stuttgart: Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH (RBMF). Osterloh, F (2022a). Schutz vor Hitze in den Städten. Deutsches Ärzteblatt Jg. 119(Heft 5): 166-168. Osterloh, F (2022b). Schutz vor der Hitze. Deutsches Ärzteblatt Jg. 119(Heft 5): 162-164.

Kurzname	Ökologischer Fußabdruck
Indikator-ID 28	Die Praxis kalkuliert regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments
Qualitätsziel	Das Praxisteam kalkuliert regelmäßig den CO ₂ -Fußabdruck der Praxis, um mögliche Ansätze zu identifizieren, die dazu beitragen können den CO ₂ -Ausstoß zu verringern.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Das Gesundheitssystem trägt mit rund 7 % zum Gesamt-CO₂-Ausstoß in Deutschland bei und ist damit ein großer Einflussfaktor im Hinblick auf klimatische Veränderungen (Pichler et al. 2019). Um die Erderwärmung gemäß der im Pariser Klimaabkommen festgelegten Ziele zu begrenzen, muss der CO₂-Ausstoß der gesamten Gesellschaft reduziert werden. Insofern ist es von hoher Relevanz, dass auch jede Praxis ein Bewusstsein für ihren eigenen Ressourcenverbrauch entwickelt und auf Einsparpotentiale aufmerksam gemacht wird. So kann die Praxis beispielsweise regelmäßig den Verbrauch messen und entsprechende Handlungen ableiten. Neben einer Reduktion des Energie- und Wasserverbrauchs oder einer Umstellung auf alternative/ erneuerbare Energiequellen z.B. Solar, Windkraft, Wasserkraft kann die Praxis z.B. auch auf die Aufbereitung von Regenwasser als Nutzwasser setzen. Wichtig ist auch die Einbindung der Mitarbeitenden, da sie durch Nutzung der Geräte etc. wesentlich den Energieverbrauch beeinflussen. Informationen oder auch Schulungen können zu einem Umdenken beitragen (Binder et al.). Durch Aufklärung der Patienten zu gesunden Lebensweisen, präventiven Maßnahmen etc. kann zudem der Medikamentenverbrauch gesenkt werden (Litke 2022). Mithilfe eines speziell auf medizinische Praxen zugeschnittenen CO₂-Rechners lässt sich anhand verschiedener Kategorien strukturiert der Ressourcenverbrauch der eigenen Praxis ermitteln. Neben den Räumlichkeiten der Praxis spielen hier beispielsweise der Energie- und Wasserverbrauch aber auch der Verbrauch sonstiger Ressourcen (z.B. Papier, Desinfektionsmittel, Verbandsmaterial etc.) aber auch die Verschreibung von Medikamenten eine Rolle. Auf Grundlage der Angaben im Rechner wird der CO₂-Fußabdruck eines Jahres berechnet. Ein Beispiel für einen entsprechenden CO₂-Rechner findet sich hier: https://www.thankyounature.org/medizinische-praxis?status=calc&page=allgemein
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	„Klima und Nachhaltigkeit“ z.B. Patientensicherheit, Effektivität, Patientenorientierung, Zugang zur Versorgung (ggf. können Sie auch ein anderes Referenzsystem verwenden) Dimension: Krisenresilienz
Erhebungsinstrumente	06 - OI
Items:	Kalkuliert die Praxis regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Regelmäßig könnte einmal im Jahr oder auch alle 2 bzw. 3 Jahre sein. Informationen siehe EPA-Material
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit. Litke, NA (2022). Klimaschutz in Krankenhäusern und ambulanten Praxen. Ärztliche Psychotherapie 17(1): 22-27.

Pichler, P-P; Jaccard, IS; Weisz, U; Weisz, H (2019). International comparison of health care carbon footprints. Environmental Research Letters 14(6): 064004.

Kurzname	Erneuerbare Energie
Indikator-ID 29	Die Praxis bezieht ihre Energie aus erneuerbaren Quellen.
Qualitätsziel	Um den eigenen CO ₂ -Fußabdruck zu verringern und damit einen Beitrag zu leisten, die Auswirkungen des Klimawandels abzumildern, bezieht die Praxis ihre Strom- und Heizenergie aus erneuerbaren Quellen.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Je stärker die Auswirkungen des Klimawandels spürbar werden, umso mehr wächst auch das Problembewusstsein in Gesundheitseinrichtungen für den eigenen ökologischen Fußabdruck. Für viele Beschäftigte im Gesundheitswesen ergibt sich daraus auch das Bedürfnis, den Status Quo zu verändern und die eigenen Emissionen zu verringern. Allerdings ist das Gesundheitssystem stark reguliert und einem erheblichen ökonomischen Druck unterworfen (Binder et al.). Nichtsdestotrotz bieten sich verschiedene Stellschrauben an, mit deren Hilfe jede Praxis dazu beitragen kann, nachhaltiger und klimafreundlicher zu agieren. Gerade der Energieverbrauch von Gesundheitseinrichtungen ist ein Hebel, der erhebliche Einsparpotentiale bieten kann. Aus diesem Grunde sollten Praxen stetig daran arbeiten, das gesamte Praxisteam ist für eine sparsame Nutzung von Wärme und Strom zu sensibilisieren. Darüber hinaus stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, um zu einem nachhaltigeren Umgang mit Strom und Wärme beitragen zu können, z.B.: <u>Strom</u> - Umstellung auf Ökostrom - Auswahl eines Stromanbieters, der aktiv in Erneuerbare investiert - Energie einsparen (z.B. Bewegungsmelder, LED, energiesparende Geräte, Akkus statt Batterien, Geräte ausschalten, beim Neukauf von Geräten auf die Energieeffizienz achten) - Ggf. Installation von Photovoltaik <u>Heizung</u> - Erwägen, ob Anschluss an nachhaltigere Heizquellen (Biogas, Fernwärme...) machbar ist - Absenken der Heiztemperatur außerhalb der (z.B. mithilfe von programmierbaren Thermostaten) - Gebäudeisolation (ggf. nachrüsten durch Dichtungsband an Fenstern) - Stoßlüften statt Dauerlüften
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01-Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in
Items:	Bezieht die Praxis ihre Energie aus erneuerbaren Quellen?
Skala:	Ja/Nein/nicht zutreffend
Headline/Instruction:	Falls aufgrund der baulichen Gegebenheiten eine Umstellung auf alternative Energieträger nicht möglich ist, ist hier „nicht zutreffend“ anzukreuzen.
Anmerkungen / Hinweise - für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit.

Kurzname	Nachhaltige Mobilität
Indikator-ID 30	Die Praxis fördert nachhaltige Mobilität für Patienten und Mitarbeitende
Kommentar	-
Qualitätsziel	In der Praxis wird auf eine nachhaltige und umweltschonende Mobilität für Patienten und Mitarbeiter geachtet, um den CO2 Ausstoß zu verringern, um so einen Beitrag zum Klimaschutz zu leisten.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Zur Verbesserung der Klimabilanz nimmt die Mobilität einen zentralen Stellenwert ein. Für Arztpraxen ergeben sich eine Reihe von Möglichkeiten, um den über Mobilität verursachten CO2 Austausch zu verringern. Die Praxis kann ihren Mitarbeitenden z.B. die Nutzung des Fahrrads als „Jobrad“ anbieten. Diverse Finanzierungsmöglichkeiten stehen dazu auf dem Markt zur Verfügung. Für einen generellen Umstieg auf Elektrofahrzeuge kann z.B. ein Leasing als Bestandteil des Gehaltes angeboten werden. Eine ausreichende Anzahl an Stellplätzen für Fahrräder sollte vorhanden sein und beim Einsatz von Elektroautos sind vor allem Ladesäulen mit Stellfläche wichtig. Ladesäulen wie auch Elektroautos werden aktuell häufig noch über staatliche Stellen gefördert (Mezger et al. 2021; Binder et al.). Für Hausbesuche, die die Praxis durchführt, bietet sich ebenfalls die Nutzung eines E-Autos oder E-Bike an. Um die Patienten zu unterstützen, kann die Praxis z.B. über die eigene Homepage als auch mit Aushängen im Wartezimmer auf die aktuellen Verbindungen des öffentlichen Nahverkehrs informieren. Gerade für anreisende Patienten aus dem Stadtgebiet könnten die öffentlichen Verkehrsmittel aktiv beworben werden.
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	01 – Fragebogen Selbstassessment Praxisinhaber/in (GPI) 05 – Checkliste für die Visitation (OC)
Items:	1. Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Patientinnen und Patienten? 2. Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Mitarbeitende?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	-
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	-
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit. Mezger, NCS; Thöne, M; Wellstein, I; Schneider, F; Litke, N; Führer, AG; Clar, C; Kantelhardt, EJ (2021). Klimaschutz in der Praxis – Status Quo, Bereitschaft und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 166: 44-54.

Kurzname	Ressourcenschonend
Indikator-ID 31	Die Praxis schafft ein Bewusstsein für die sparsame Verwendung von Materialien (z.B. Tüten, Einmalartikel, Tüchern, Tupfer etc.) sowie für den rationalen Einsatz von Medikamenten
Kommentar:	
Qualitätsziel	Um die Ressourcen zu schonen, die bei der Herstellung für Materialien benötigt werden, soll die Praxis bewusst darauf achten diese sparsam zu verwenden (geringer Verbrauch). Dies gilt ebenso für den Einsatz von Medikamenten. Durch den rationalen Einsatz von Materialien und Medikamenten kann nicht nur Abfall reduziert, sondern gleichzeitig der Schutz des Klimas, der Umwelt und Gesundheit befördert werden.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Gerade im Gesundheitswesen ist der Einsatz von Verbrauchs- und Gebrauchsmittel hoch und steigt kontinuierlich weiter. Um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass bei der Herstellung von Materialien und Hilfsmitteln viele Ressourcen verbraucht werden (z.B. Holz und Energie für die Herstellung von Papier) sollte sich die Praxis einen Überblick über den Verbrauch verschaffen. Bei Einkauf sind Lieferketten zu beachten und die Entsorgung der Produkte muss berücksichtigt werden (Binder et al.). - Wo können Materialien und somit Ressourcen eingespart werden? - Welche Materialien können in nachhaltige produzierte Materialien ausgetauscht werden? - Gibt es beispielsweise regionale Anbieter, um z.B. lange Transportwege zu vermeiden - usw. Aus einer Befragung von Mezger geht hervor, dass viele Ärzte wegen des hohen Materialverbrauchs besorgt sind. Immer häufiger verwenden Praxen aufgrund von günstigen Angeboten Einmalartikel. Dies wiederum bedeutet einen Anstieg an Abfall und Müll. Damit z.B. Mehrwegprodukte häufiger zum Einsatz kommen, müssten andere Wege beschritten werden, wie etwa Sterilisationsverfahren im Praxisverbund oder Anschluss an eine zentrale Aufbereitungsstelle (Mezger et al. 2021). Alle Akteure des Gesundheitswesens sollten ihre Leistungen möglichst klimaneutral und ressourcenschonend erbringen (Binder et al.).
Indikatortyp	Struktur
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klima und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	Beide Items: 06- Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	Schafft die Praxis ein Bewusstsein für: 1. die sparsame Verwendung von Materialien (z.B. Tüten, Einmalartikel, Tüchern, Tupfer etc.)? 2. den Einkauf von möglichst nachhaltigen Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer etc.)?
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Die Praxisleitung kann hierzu z.B. Vorgaben in ihrem Leitbild/ Qualitätspolitik/ Unternehmensstrategie festlegen. Die Praxismitarbeitenden sollten angewiesen werden, sparsam im Umgang mit Materialien zu sein. Jeder im Team sollte seinen Beitrag leisten und ressourcenschonend agieren.
Originalformulierung	-
Literatur	Binder, A; Dickhoff, A; Fuhrmann, A; Grah, C; Gyalrong-Steuer, M; Krojer, S; Schulz, CM; Weimann, E Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen. Rahmenwerk, Version 1.0. KLUG Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit.

Mezger, NCS; Thöne, M; Wellstein, I; Schneider, F; Litke, N; Führer, AG; Clar, C; Kantelhardt, EJ (2021). Klimaschutz in der Praxis – Status Quo, Bereitschaft und Herausforderungen in der ambulanten Versorgung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 166: 44-54.

Kurzname	Medikamente - nachhaltig
Indikator-ID 32	Die Praxis orientiert ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten
Qualitätsziel	Verordnung von Arzneimitteln im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie, um eine Überversorgung bzw. eine unnötige Belastung der Umwelt respektive des Wassers mit ausgeschiedenen oder entsorgten Wirkstoffen bzw. deren Abbauprodukten zu vermeiden.
Begründung (Rationale) / Indikatorbeschreibung	Weltweit werden etwa 2.000 pharmazeutische Wirkstoffe in Form von verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sowie Tierarzneimitteln verabreicht. Deren Rückstände stellen laut OECD eine immer größere Belastung für die Umwelt dar. Inzwischen sind Arzneimittelrückstände in Oberflächengewässern, Grundwasser, Trinkwasser, Boden, Gülle und Sediment zu finden und gelangen letztlich so auch wieder in die Nahrungskette (OECD 2019). Wichtige Emissionsquellen sind das unbehandelte Haushaltsabwasser und das Abwasser aus kommunalen Kläranlagen (OECD 2019; Ahting 2018; Ebert 2014). Aber auch Emissionen aus Produktionsanlagen und intensiver Landwirtschaft und Aquakultur stellen große Verschmutzungsquellen vor Ort da (OECD 2019; Ahting 2018). Selbst niedrige Konzentrationen von Arzneimitteln und deren Abbauprodukten in der Umwelt können unbeabsichtigte, negative Auswirkungen auf Süßwasserökosysteme haben (OECD 2019): Zum Beispiel wurde nachgewiesen, dass orale Kontrazeptiva die Feminisierung von Fischen und Amphibien verursachen. Psychopharmaka wie Fluoxetin verändern das Verhalten der Fische, wodurch diese weniger risikoscheu und anfällig für Raubtiere sind. Zudem verschärfen der übermäßige Einsatz und die Ausleitung von Antibiotika in Gewässer das Problem der antimikrobiellen Resistenz. Die Weltgesundheitsorganisation erwartet, dass infolgedessen weltweit bis 2050 durch antimikrobielle Resistenz mehr Todesfälle als durch Krebserkrankungen verursacht werden (OECD 2019). Die meisten OECD-Länder haben inzwischen Überwachungsprogramme für bestimmte Arzneimittel in Oberflächengewässern eingerichtet. Dennoch muss man sich darüber im Klaren sein, dass die Mehrheit der pharmazeutischen Wirkstoffe und ihrer Stoffwechsel- und Transformationsprodukte aufgrund fehlender Ökotoxizitätsdaten unüberwacht bleibt (OECD 2019). Die derzeitigen politischen Ansätze zum Umgang mit Arzneimittelrückständen sind laut OECD für den Schutz der Wasserqualität und der Süßwasserökosysteme, von denen letztlich auch ein gesundes Leben abhängt, unzureichend. Die diffuse Verschmutzung bleibt weitgehend unkontrolliert und unreguliert. Bisherige Maßnahmen gelten als eher reaktiv (d.h. wenn Risiken nachgewiesen werden), substanziell (d.h. individuelle Umweltqualitätsnormen) und ressourcenintensiv (OECD 2019). Vor diesem Hintergrund fordert die OECD ein Maßnahmenpaket, das aus vier Säulen besteht (OECD 2019): 1. Verbesserung der Überwachung und Berichterstattung über das Auftreten, das Schicksal, die Toxizität sowie die Risiken von Arzneimittelrückständen für die menschliche Gesundheit und die Umwelt (z. B. Risiko-Nutzen-Analyse im Rahmen der Zulassung neuer Arzneimittel sowie in Risikointerventions- und Minderungsansätze für Arzneimittel mit hohem Umweltrisiko) 2. Quellenorientierte Ansätze zur nachhaltigen Gestaltung und Beschaffung von Arzneimitteln, um die Freisetzung von Arzneimittelrückständen in Gewässer zu verhindern 3. Einführung anwendungsorientierter Ansätze wie Krankheitsprävention, verbesserte Diagnostik und Einschränkungen für Arzneimittel mit hohem Umweltrisiko, um unangemessenen und übermäßigen Konsum von Arzneimitteln zu reduzieren 4. Implementieren von End-of-Pipe-Maßnahmen (z. B. fortschrittliche Abwasserbehandlung, öffentliche Sammelsysteme für nicht verwendete Arzneimittel und Aufklärungskampagnen, um Arzneimittelrückstände sicher zu entsorgen und zu entfernen). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welchen Beitrag der oder die Einzelne leisten kann, um die Belastung der Umwelt zu verringern. Hierzu zählen u.a.:

	1. Rationale Pharmakotherapie und gute Verordnungspraxis: z. B. kritische Indikationsstellung; Arzneimittel nur so wenig wie möglich, soviel wie nötig verordnen (DGIM 2021; APS 2019; DEGAM 2015) 2. Deprescribing: sofern therapeutisch möglich, strukturiertes Absetzen von Arzneimitteln zur Vermeidung von Überversorgung und Polypharmazie (DEGAM 2021) 3. Vermeiden von besonders umweltbelastende Darreichungsformen, sofern therapeutisch möglich (z. B. Einsatz von Pulverinhalatoren statt Dosieraerosolen sofern Koordination und Inspirationsfluss der Behandelten ausreichend sind (Wilkinson et al. 2019)) 4. Verzicht auf bzw. kritischer Umgang mit Wirkstoffen, die derzeit als besonders umweltbelastend gelten, von hoher Umweltrelevanz sind oder die sehr oft in Gewässern gefunden werden (Bouzas-Monroy et al. 2022; Wilkinson et al. 2022; OECD 2019; aus der Beek et al. 2016; Ebert 2014) 5. Korrekte Entsorgung nicht mehr benötigter Arzneimittel: nicht in die Toilette oder Spüle, sondern Entsorgung über Apotheke, Restmüll oder Schadstoffmobil bzw. Schadstoffsammelstelle (Umweltbundesamt 2015)
Indikatortyp	Prozess
Qualitätsdimension / EPA-Domäne aktuell Projekt	Krisenresilienz
Qualitätsdimension / EPA-Domäne künftige Umsetzung	Klimaschutz und Nachhaltigkeit
Erhebungsinstrumente	06- Interview mit dem Verantwortlichen (Itd. Arzt/Ärztin o. Praxisinhaber/in)
Items:	1.) Orientiert die Praxis ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten (z. B. Pulverinhalatoren statt Dosieraerosolen, Vermeidung von Diclofenac, rationaler Einsatz von Antibiotika, Antipsychotika, Vermeidung von bestimmten Analgetika und von Übermedikation)? 2.) Achtet die Praxis auf einen rationalen Einsatz von Medikamenten (Reduktion von Übermedikation)
Skala:	Ja/Nein
Headline/Instruction:	
Anmerkungen / Hinweise für Visitorin/Visitor	Hiermit ist auch der rationale Einsatz von Antibiotika, Antipsychotika und die Vermeidung von bestimmten Analgetika gemeint. Es soll eine Übermedikation vermieden werden.
Originalformulierung	-
Literatur	Ahting, MB, F.; Duffek, A.; Ebert, I.; et. al (2018). Recommendations for reducing micropollutants in waters: Umweltbundesamt (UBA). APS (2019). Handlungsempfehlung Gute Verordnungspraxis (Arbeitsgruppe Arzneimitteltherapiesicherheit des Aktionsbündnisses Patinetensicherheit). aus der Beek, T; Weber, F-A; Bergmann, A; Hickmann, S; Ebert, I; Hein, A; Küster, A (2016). Pharmaceuticals in the environment—Global occurrences and perspectives. Environ Toxicol Chem 35(4): 823-835. Bouzas-Monroy, A; Wilkinson, JL; Melling, M; Boxall, ABA (2022). Assessment of the Potential Ecotoxicological Effects of Pharmaceuticals in the World's Rivers. Environ Toxicol Chem 41(8): 2008-2020. DEGAM (2021). S3-Leitlinie Multimedikation – Langfassung (AWMF-Registernummer: 053 – 043. 2. Auflage 2021). Leitliniengruppe Hessen, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM (2015). Schutz vor Über- und Unterversorgung - S2e Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 053-045). DGIM (2021). Klug entscheiden - Sammelband 2021. Deutsches Ärzteblatt 118(12).

Ebert, IA, R.; Hein, A.; Konradi, S. (2014). Arzneimittel in der Umwelt - vermeiden, reduzieren, überwachen. Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt (UBA).

OECD (2019). Pharmaceuticals Residues in Freshwater: Hazards and Policy Responses, OECD Studies on Water. Paris: OECD Publishing.

Umweltbundesamt (2015). Arzneimittel nicht in die Toilette und Spüle. Dessau-Roßlau: UBA.

Wilkinson, AJK; Braggins, R; Steinbach, I; Smith, J (2019). Costs of switching to low global warming potential inhalers. An economic and carbon footprint analysis of NHS prescription data in England. BMJ Open 9(10): e028763.

Wilkinson, JL; Boxall, ABA; Kolpin, DW; Leung, KMY; Lai, RWS; Galbán-Malagón, C; Adell, AD; Mondon, J; Metian, M; Marchant, RA; Bouzas-Monroy, A; Cuni-Sanchez, A; Coors, A; Carriquiriborde, P; Rojo, M; Gordon, C; Cara, M; Moermond, M; Luarte, T; Petrosyan, V; Perikhanyan, Y; Mahon, CS; McGurk, CJ; Hofmann, T; Kormoker, T; Iniguez, V; Guzman-Otazo, J; Tavares, JL; Gildasio De Figueiredo, F; Razzolini, MTP; Dougnon, V; Gbaguidi, G; Traoré, O; Blais, JM; Kimpe, LE; Wong, M; Wong, D; Ntchantcho, R; Pizarro, J; Ying, GG; Chen, CE; Pérez, M; Martínez-Lara, J; Otamanga, JP; Poté, J; Ifo, SA; Wilson, P; Echeverría-Sáenz, S; Udikovic-Kolic, N; Milakovic, M; Fatta-Kassinos, D; Ioannou-Ttofa, L; Belušová, V; Vymazal, J; Cárdenas-Bustamante, M; Kassa, BA; Garric, J; Chaumot, A; Gibba, P; Kunchulia, I; Seidensticker, S; Lyberatos, G; Halldórsson, HP; Melling, M; Shashidhar, T; Lamba, M; Nastiti, A; Supriatin, A; Pourang, N; Abedini, A; Abdullah, O; Gharbia, SS; Pilla, F; Chefetz, B; Topaz, T; Yao, KM; Aubakirova, B; Beisenova, R; Olaka, L; Mulu, JK; Chatanga, P; Ntuli, V; Blama, NT; Sherif, S; Aris, AZ; Looi, LJ; Niang, M; Traore, ST; Oldenkamp, R; Ogunbanwo, O; Ashfaq, M; Iqbal, M; Abdeen, Z; O'Dea, A; Morales-Saldaña, JM; Custodio, M; de la Cruz, H; Navarrete, I; Carvalho, F; Gogra, AB; Koroma, BM; Cerkenik-Flajs, V; Gombač, M; Thwala, M; Choi, K; Kang, H; Ladu, JLC; Rico, A; Amerasinghe, P; Sobek, A; Horlitz, G; Zenker, AK; King, AC; Jiang, JJ; Kariuki, R; Tumbo, M; Tezel, U; Onay, TT; Lejju, JB; Vystavna, Y; Vergeles, Y; Heinzen, H; Pérez-Parada, A; Sims, DB; Figy, M; Good, D; Teta, C (2022). Pharmaceutical pollution of the world's rivers. Proc Natl Acad Sci U S A 119(8).

Für den Einsatz einer technischen, digitalen Lösung wie das VISOTOOL® dienen die vorliegenden Datenblätter.

Zur vereinfachten Handhabung für Praxen gibt es eine zusätzliche Checkliste, die eine leicht geänderte Skala enthält (zusätzliche Skalenwerte: „zum Teil“ und „in Planung“). Praxen können somit ohne externe Unterstützung ihren aktuellen IST-Zustand prüfen.

Diese Checkliste ist hier abrufbar (download):

https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/1211_RESILARE/Selbstassessment_CL_QM_RESILARE.pdf

Sehr geehrte Praxisinhaberin, sehr geehrter Praxisinhaber, liebes Praxisteam,

damit ärztliche Praxen in Krisensituationen insbesondere vulnerable Patientengruppen schützen und adäquat reagieren können, sollten sie bestmöglich vorbereitet sein. Das Projekt RESILARE¹ „Krisenresilienz fördern: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung von ambulanten Arztpraxen auf Krisensituationen“ nutzte daher das bereits etablierte Qualitätsmanagement, um die Krisenresilienz von ärztlichen Praxen zu fördern.

Das im Rahmen des Projektes RESILARE entwickelte Indikatoren-Set umfasst vier Handlungsfelder:

(I) Individuelle Resilienz, (II) Krisenprävention, (III) Praxisorganisation und (IV) Krisenresilienz

Nachfolgend finden Sie die Indikatoren in Form einer **Checkliste**² aufbereitet. Das von uns bereitgestellte Instrument bietet Ihnen die Möglichkeit für Ihre Praxis selbst zu prüfen, bei welchen Themen Sie bereits Maßnahmen in Ihrer Praxis implementiert haben und wo möglicherweise noch Weiterentwicklungspotenzial besteht. Einige Fragen kommen Ihnen sicherlich bekannt vor, da sie bereits Bestandteil Ihres Praxis- und Qualitätsmanagements sind.

Nach der Checkliste finden Sie auf Seite 6 ein paar interessante Links zu unterstützenden Informationsmaterialien und weiterführender Literatur.

Hinweise zum Ausfüllen

- Pro Frage ist ein Häkchen zu setzen: „Ja“ oder „Zum Teil“ oder „In Planung“ oder „Nein“.
- Kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das Ihre Einschätzung/Ihren Kenntnisstand am besten wiedergibt.
- Bei fünf Fragen ist es möglich, dass Sie diese nicht eindeutig beantworten können, da sie vielleicht nicht auf Ihre Praxisstrukturen zutreffen. Lassen Sie diese dann gerne aus.
- Sie können die gesetzten Kreuze nach jedem Handlungsfeld für sich selbst betrachten, auswerten und überlegen, ob Sie ggf. weiterführende Maßnahmen ergreifen möchten. Im Notizfeld auf Seite 5 können Sie Ihre Ideen festhalten.

An einigen Stellen wird nach einem „VERFAHREN“ gefragt. Damit sind mündliche oder schriftliche Übereinkünfte gemeint, die festlegen, wie gehandelt werden soll.

Ein Verfahren beinhaltet drei Elemente:

- a) Definition des Verfahrens
- b) Benennung einer zuständigen Person/zuständiger Personen
- c) Angabe, wann bzw. unter welchen Umständen das Verfahren zum Einsatz kommt (z. B. täglich oder bei besonderem Anlass)



¹RESILARE wurde aus Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Kennzeichen: 01VSF20029, Laufzeit: 01. April 2021 bis 31.01.2024, <https://www.aqua-institut.de/resilare>

²Zitationshinweis: Poß Doering R, Köppen M, Litke N. RESILARE - Selbstassessment zur Förderung der Krisenresilienz von Arztpraxen. Universitätsklinikum Heidelberg, aQua Institut, Göttingen (2024)

Handlungsfeld I – Individuelle Resilienz

Nummer	Die Indikatoren des ersten Handlungsfeldes zielen darauf ab, sich mit der Stärkung der individuellen Resilienz (Widerstandskraft) und mit der Resilienz des Praxisteam zu beschäftigen und diese zu stärken.	Ja	Zum Teil	In Planung	Nein
01	Werden den Mitarbeitenden mindestens alle drei Jahre Maßnahmen zur Selbststärkung in Bezug auf Krisensituationen angeboten? <i>z. B. Achtsamkeitstrainings, Bildungsurlaub zum Erlernen von Entspannungstechniken etc.</i>	☐	☐	☐	☐
02	Werden in der Praxis regelmäßig (mind. alle drei Jahre) Teambuilding-Maßnahmen mit allen Mitarbeitenden durchgeführt? <i>z. B. externe Beratung, Workshops, Betriebsausflüge</i>	☐	☐	☐	☐
03	03.1 Werden in der Praxis regelmäßig strukturierte Teamsitzungen durchgeführt?	☐	☐	☐	☐
	03.2 Werden in den Teamsitzungen vergangene und bestehende Ereignisse sowie durchgeführte Maßnahmen reflektiert? <i>z. B. in Bezug auf Inhalte der vorherigen Teamsitzung</i>	☐	☐	☐	☐
04	04.1 Werden in der Praxis kurze, spontane Teambesprechungen bei akuten Krisensituationen einberufen?	☐	☐	☐	☐
	04.2 Werden alle Mitarbeitenden rechtzeitig über die aktuelle Krisensituation und wie zu handeln ist informiert? <i>Krisensituationen sind z. B. Pandemie, Extremwetterereignis, Cyber-Angriff, Personalausfall</i>	☐	☐	☐	☐
05	Ist die Praxis in der Lage, in Krisensituationen bzw. bei Personalmangel, die Aufgaben kurzfristig durch Priorisierung neu zu verteilen, um handlungsfähig zu bleiben?	☐	☐	☐	☐
06	06.1 Hat die Praxis ein Schutzkonzept für das Praxisteam festgelegt, das auch Deeskalationsmaßnahmen beinhaltet?	☐	☐	☐	☐
	06.2 Werden dem Team Schulungen bezüglich des Umgangs mit Gewalt und Aggressionen in der Praxis zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit angeboten?	☐	☐	☐	☐
	06.2 Ist allen Mitarbeitenden bekannt, welche Schutzmaßnahmen in schwierigen Situationen (z. B. aggressiven/gewalttätigen Verhalten) anzuwenden sind?	☐	☐	☐	☐
07	07.1 Ist die Praxisleitung daran interessiert (insbesondere im Zusammenhang mit Krisen), eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit aufrecht zu erhalten?	☐	☐	☐	☐
	07.2 Gibt der/die Praxisinhaberin/Praxisinhaber insbesondere im Krisenfall wertschätzendes und konstruktives Feedback an die Mitarbeitenden?	☐	☐	☐	☐
08	08.1 Ist in der Praxis ein Beschwerdemanagement etabliert?	☐	☐	☐	☐
	08.2 Ist in der Praxis ein konstruktives Fehlermanagement etabliert?	☐	☐	☐	☐

Handlungsfeld II – Krisenprävention

Nummer	Die Indikatoren des zweiten Handlungsfeldes bilden einen Bereich ab, in dem die Handlungsfähigkeit der Praxis im Krisenfall insbesondere durch gute Vorbereitung bestmöglich sichergestellt werden kann.	Ja	Zum Teil	In Planung	Nein
09	Nehmen alle Mitarbeitenden regelmäßig an praxisbezogenen Schulungen/Fortbildungen, die auch die Themen Resilienz und Nachhaltigkeit einbeziehen, teil? <i>Mindestens alle drei Jahre sollten die Schulungen mit dem Fokus Krise/Resilienz stattfinden. Es kann sich auch um interne Schulungen handeln.</i>	☐	☐	☐	☐
10	Nehmen die Mitarbeitenden der Praxis mindestens einmal in drei Jahren an Notfalltrainings teil?	☐	☐	☐	☐
11	Wird in der Praxis regelmäßig eine Beurteilung durchgeführt, um Risiken zu identifizieren?	☐	☐	☐	☐
12	Ist in der Praxis ein Verfahren festgelegt, wie bei Risiken oder auftretenden Krisen weitere Maßnahmen eingeleitet werden?	☐	☐	☐	☐
13	Verfügt die Praxis über schriftliche, individualisierte Handlungspläne, um mit Risiken und Krisen umzugehen? <i>Ein „Ja“ ist nur anzukreuzen, wenn mindestens drei Krisen- bzw. Handlungspläne vorliegen (z. B. Vorgehen bei Stromausfall mit den im Kühlschrank gelagerten Impfstoffen).</i>	☐	☐	☐	☐
14	14.1 Kennen alle Mitarbeitenden der Praxis die Inhalte der Krisen- bzw. Handlungspläne? <i>Es ist darauf zu achten, dass Krisenpläne nicht nur digital abgelegt sind, da bei Stromausfall nicht darauf zugegriffen werden kann.</i>	☐	☐	☐	☐
	14.2 Falls „Ja“: Wissen alle Mitarbeitenden der Praxis wo die Krisen- bzw. Handlungspläne zu finden sind?	☐	☐	☐	☐
15	Überprüft die Praxis in regelmäßigen Abständen, ob für alle relevanten Risiken eine Versicherung notwendig ist und ggf. besteht?	☐	☐	☐	☐

Handlungsfeld III – Praxisorganisation

Nummer		Gute Strukturen helfen, sich in Krisensituationen zurecht zu finden. Gerade auch der Austausch mit anderen Kolleginnen und Kollegen, beteiligten Stakeholdern wie z. B. Apotheke, Nachbarschaft, Kommune ist von Bedeutung. Die nachstehenden Indikatoren zeigen Bereiche auf, die im „Worst Case“ Halt geben können.	Ja	Zum Teil	In Planung	Nein
16		Verfügt die Praxis über Kommunikationskanäle, über die Patienten im Krisenfall erreicht und informiert werden können? <i>Je nach Krisenfall kann das telefonisch, über die Praxiswebsite, Social-Media-Kanäle, Aushänge, Flyer etc. sein.</i>	☐	☐	☐	☐
17		Verfügt die Praxis über ein regionales Netzwerk, z. B. mit anderen Praxen, Apotheken, Arztnetzen, etc.?	☐	☐	☐	☐
18	18.1	Nehmen die ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil?	☐	☐	☐	☐
	18.2	Nehmen die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden der Praxis regelmäßig an Qualitätszirkeln und/oder ähnlichen Netzwerktreffen teil?	☐	☐	☐	☐
19		Verfügt das Praxisteam über eine aktuelle Kontaktliste mit den wichtigsten externen Ansprechpartnern zur Patientenversorgung?	☐	☐	☐	☐
20	20.1	Werden Daten, die in der Praxis digital erfasst werden, täglich gesichert?	☐	☐	☐	☐
	20.2	Werden die Backupmedien sicher aufbewahrt?	☐	☐	☐	☐
21		Hat die Praxis ein Ersatzverfahren definiert, auf welches im Falle eines EDV-Ausfalls ausgewichen werden kann?	☐	☐	☐	☐
22		Hat die Praxis ein Verfahren etabliert, das für eine angemessene Belieferung und Vorratshaltung mit Materialien, Medizinprodukten und Arzneimitteln sorgt?	☐	☐	☐	☐

Handlungsfeld IV – Krisenresilienz

Nummer		Durch das sich verändernde Klima ist ein Bündel an Maßnahmen wichtig, um den künftigen Anforderungen gewachsen zu sein. Dabei spielen abmildernde Maßnahmen und Handlungen (Mitigation) und Maßnahmen zur Klimaanpassung (Adaptation) eine wesentliche Rolle.	Ja	Zum Teil	In Planung	Nein
23	23.1	Verfügt die Praxis über ein Konzept für eine nachhaltigere und klimafreundlichere Arbeitsweise?	☐	☐	☐	☐
	23.2	Wenn ein Nachhaltigkeitskonzept vorhanden ist: Sind die im Konzept festgelegten Maßnahmen allen Mitarbeitenden bekannt und arbeiten alle gemeinsam an ihrer Umsetzung?	☐	☐	☐	☐
24		Hält die Praxis gesundheitsrelevante Klimainformationen für Patienten bereit?	☐	☐	☐	☐
25		Bezieht die Praxis das Thema „Klima und Gesundheit“ anlassbezogen in die Patientenberatung mit ein? <i>Dies kann z. B. bei Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten, DMP oder zum regelmäßigen Check-up erfolgen.</i>	☐	☐	☐	☐
26	26.1	Informiert und beschäftigt sich die Praxis mit klimabedingten Erkrankungen?	☐	☐	☐	☐
	26.2	Werden Fortbildungen zu klimabedingten Erkrankungen wahrgenommen?	☐	☐	☐	☐
27	27.1	Verfügt die Praxis über einen individualisierten Hitzeschutzplan?	☐	☐	☐	☐
	27.2	Wenn ein Hitzeschutzplan vorhanden ist: Sind alle Mitarbeitenden über die Inhalte und den Ablageort informiert?	☐	☐	☐	☐
28		Kalkuliert die Praxis regelmäßig ihren ökologischen Fußabdruck mithilfe eines geeigneten Instruments?	☐	☐	☐	☐
29		Bezieht die Praxis ihre Energie aus erneuerbaren Quellen?	☐	☐	☐	☐
30	30.1	Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Patientinnen und Patienten?	☐	☐	☐	☐
	30.2	Fördert die Praxis nachhaltige Mobilität für Mitarbeitende?	☐	☐	☐	☐
31	31.1	Schafft die Praxis ein Bewusstsein für: - die sparsame Verwendung von Materialien (z. B. Tüten, Einmalartikel, Tüchern, Tupfer, etc.)?	☐	☐	☐	☐
	31.2	- den Einkauf von möglichst nachhaltigen Materialien (Tüten, Einmalartikel, Tücher, Tupfer, etc.)?	☐	☐	☐	☐
32	32.1	Orientiert die Praxis ihr Verschreibungsverhalten für Medikamente an nachhaltigen Gesichtspunkten? <i>(z. B. Pulverinhalatoren statt Dosieraerosolen, Vermeidung von Diclofenac, rationaler Einsatz von Antibiotika, Antipsychotika, Vermeidung von bestimmten Analgetika und von Übermedikation)</i>	☐	☐	☐	☐
	32.2	Achtet die Praxis auf einen rationalen Einsatz von Medikamenten (Reduktion von Übermedikation)?	☐	☐	☐	☐

Notizen

Lined area for taking notes.

Weiterführende Informationen

Handlungsfeld (I) Resilienz	
Resilienz	https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/bgw-podcast-herzschlag
Führungskräfte-Workshopreihe	https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/schulung-beratung/seminare/fkws-fuehrungskraefte-18110
Notstromversorgung in Unternehmen	https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-13-notstromversorgung-unternehmen-be-hoerden.pdf?__blob=publicationFile&v=8
Ratgeber Notfallvorsorge des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe	https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Buergerinformationen/Ratgeber/ratgeber-notfallvorsorge.pdf?__blob=publicationFile&v=30
Handlungsfeld (II) Prävention	
Schutz vor Gewalt: eine Handlungshilfe für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber	https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/praevention-von-gewalt-und-aggression-gegen-beschaef-tigte-14706
Handlungsfeld (III) Praxisorganisation	
Bewältigung und Integration krisenhafter Ereignisse	Hoffmann, G.P. (2017). Organisationale Resilienz. In: Organisationale Resilienz. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53944-6_4 https://rdcu.be/dv8KL
Kompetenz auf organisationaler Ebene erschließen	Soucek, R. et al. (2018). Resilienz als individuelle und organisationale Kompetenz: Inhaltliche Erschließung und Förderung der Resilienz von Beschäftigten, Teams und Organisationen. In: Janneck, M., Hoppe, A. (eds) Gestaltungskompetenzen für gesundes Arbeiten. Kompetenzmanagement in Organisationen. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54950-6_3 https://rdcu.be/dv8NV
Handlungsfeld (IV) Klimawandel	
Muster-Hitzeschutzplan	https://hitzeschutz-berlin.de/hitzeschutzplaene/
Umfassende Informationen (KLUG)	https://hitze.info/infomaterialien/
Heidelberger Hitzetabelle - Medikation	https://dosing.de/Hitze/Medikamentenmanagement_bei_Hitzewellen.pdf
Sachstandsberichte des RKI zu Klimawandel und Gesundheit	https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/K/Klimawandel_Gesundheit/KlimGesundAkt.html
CO ₂ -Rechner	https://ecockpit.de/ https://wilderness-international.org/aktiv-werden/co2-berechnen
Arzneimittel in der Umwelt	https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/2875/bilder/dateien/pnec_uqn_v_azm.pdf

Das aQua-Institut bietet Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren weitergehende Unterstützung zu den vorstehenden Themenbereichen an. Möchten Sie mehr wissen? Hier finden Sie Informationen:

Zum Qualitätsmanagement: [epa-qualitaetsmanagement](#)

Zu Nachhaltigkeitsthemen: [qualitaetssiegel-nachhaltige-praxis](#)