

# Europäisches Praxisassessment (EPA)



Die lernende Praxis: Qualitätsmanagement  
durch Assessment und Weiterentwicklung

Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi  
Dipl. Kfm. Björn Broge  
Dipl. Ges.-Wirtin Petra Wippenbeck

**AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung  
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH**  
Weender Landstraße 11  
37073 Göttingen  
Telefon: 0551 – 78952-0; Fax: 0551 – 78952-10  
[www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)

*EPA wurde entwickelt in Zusammenarbeit mit:*

**| BertelsmannStiftung**

*Bertelsmann Stiftung*

**TOPAS Europe**

*European Task Force on Practice Assessment*

Stand: März 2005

# 1. Zusammenfassung

Dieses Hintergrundpapier erläutert die Entwicklung und weitere Umsetzung des Europäischen Praxisassessments (EPA) in Deutschland. Das Konzept und die Indikatoren von EPA wurden mit Unterstützung der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh, von einer internationalen Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Richard Grol, Nijmegen entwickelt. Die Ergebnisse dieses Entwicklungsprozesses sowie die Ergebnisse einer internationalen Vergleichsstudie mit 300 Praxen aus 10 europäischen Ländern sind in der Buchpublikation R. Grol et al. (2005) „Quality Management in Primary Care“ zusammengestellt worden und wurden vom 27. - 28. Januar 2005 auf der gleichnamigen Einladungskonferenz in Berlin vorgestellt und diskutiert.

Für die weitere Umsetzung in Deutschland hat das Team des AQUA-Instituts ein Online-Feedbackverfahren entwickelt, das es – europaweit einmalig – bei einem Praxisbesuch vor Ort durch einen trainierten Visitor erlaubt, in einer moderierten Teamsitzung die Stärken und Schwächen einer Praxis herauszuarbeiten, den Prozess des internen Qualitätsmanagements empirisch zu begründen und durch den nachfolgenden Vergleich mit anderen Praxen nachhaltig abzustützen. Nach der Visitation ist der Praxis durch passwortgeschützten Zugriff auf die EPA-Datenbank ein kontinuierliches Benchmarking mit anderen Praxen nach selbst gewählten Vergleichsmerkmalen (z. B. Praxistyp und Größe) oder Vergleichsgruppen (z. B. Region, Netz, Hausarztmodell) möglich.

Das Grundmodell dieses QM-Ansatzes ist der Qualitätskreislauf<sup>1</sup>. Ein Assessment mit Hilfe eindeutiger und valider Indikatoren schafft den Einstieg für eine Ist-Analyse und gibt edukative Anstöße und Motivation für Veränderungen von Strukturen und Prozessen. Mit EPA können Hausarztpraxen auch erste Erfahrungen mit der Ergebnismessung in ausgewählten Bereichen machen (z. B. Patientenbefragung). EPA ist dabei mehrperspektivisch: Es berücksichtigt die Sicht von Praxisinhaber(n), Mitarbeitern und Patienten. Es besteht aus Selbstattempt, Fremdattempt (Visitation), Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung, Feedback, Besprechung mit dem Praxisteam und einer nachfolgenden kontinuierlichen Unterstützung von Veränderungen entsprechend dem individuellen Bedarf der Praxis.

EPA ist eine auf europäischer Ebene validierte Methode, die auf der Basis internationaler Modelle systematisch entwickelt wurde und weiter fortentwickelt wird. Die ersten Erfahrungen zeigen, dass diese Methode auch in Deutschland leicht umsetzbar ist und den Praxisablauf kaum beeinträchtigt. Trotzdem werden sichtbare Veränderungs- und Lernprozesse angestoßen und die Teamzufriedenheit gesteigert. Dabei steht die edukative Unterstützung der internen Qualitätsentwicklung im Vordergrund, nicht die Kontrolle. Das Modell ist später problemlos erweiterbar um medizinische Indikatoren, Risiko-Management und Fehlermanagement sowie kompatibel zu Qualitätszirkeln.

EPA ist weitgehend komplementär zu anderen QM-Verfahren (ISO, EFQM, KTQ, BSC). So können Praxen, die z. B. ein internes Qualitätsmanagement nach DIN-ISO eingeführt haben, denen aber keine externe Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, EPA für ein Benchmarking mit anderen Praxen nutzen.

---

<sup>1</sup> äquivalent z. T. auch als Qualitätsspirale, QM-Kreislauf, PDCA-Zyklus oder DEMING-Wheel bezeichnet

## 2. Qualität und Qualitätsmanagement

-Gesetzliche Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf die hausärztliche Versorgung-

Durch das seit 1.1.2004 geltende Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) sind die Anforderungen der ärztlichen Berufsordnung und die schon seit längerem geltenden Anforderungen für den stationären Bereich zur Einführung von Qualitätsmanagement auf alle Gesundheitseinrichtungen ausgedehnt worden. In § 135a und § 136b SGB V wird formuliert:

„(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

An „einrichtungsübergreifenden Maßnahmen“ stehen im hausärztlichen Bereich insbesondere hausärztliche Qualitätszirkel zur Verfügung, die eine hohe Akzeptanz und Teilnahmequote aufweisen<sup>2</sup> und die, insbesondere wenn sie strukturiert und datenbasiert wie die *AQUA Qualitätszirkel Pharmakotherapie* sind, einen nachweislichen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben<sup>3</sup>. Neu ist die Forderung nach einem „einrichtungsinternen Qualitätsmanagement“, das in den nächsten Jahren eingeführt und weiterentwickelt werden soll. Wichtig erscheint hierbei die gesetzgeberische Forderung nach „Weiterentwicklung“, die im Sinne eines echten Qualitätsmanagements offensichtlich als kontinuierlicher Prozess verstanden wird.<sup>4</sup>

Eine weitere Neuheit im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz stellt auch die Festlegung einer Pflichtfortbildung für Vertragsärzte dar. Berücksichtigt man die ebenfalls neu im System eingeführten Elemente, wie z. B. die Disease-Management-Programme nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1999 und die auch im GMG weiter konkretisierten Anforderungen an einen rationalen Arzneimitteleinsatz in der Arztpraxis, so ergibt sich zwangsläufig, dass Hausärzte diese Anforderungen nicht mehr bewältigen können, wenn es sich um nebeneinander stehende, separate Aktivitäten handelt. Nur wenn Aktivitäten zur Bewältigung dieser Anforderungen sich aufeinander beziehen, wenn sie sich synergistisch ergänzen und wenn sie gleichzeitig keinen oder wenig zusätzlichen Aufwand erfordern, werden sie eine Chance auf tatsächliche Umsetzung haben. Andernfalls werden die Akteure, verständlicherweise und wie schon jetzt in der Standespresse absehbar, mit Scheinaktivitäten und „window-dressing“ reagieren, um zusätzlichen Belastungen, die lediglich als „Gängelungen“ erlebt werden, zu entgehen.

Systematische Verfahren zur Förderung der Qualität in der Hausarztpraxis müssen deshalb folgenden Anforderungen genügen:

- Die **spezifisch hausärztliche Arbeitsweise**<sup>5</sup> berücksichtigen, bei der die effektive Klärung von Patientenangelegen, sinnvolle Stufendiagnostik und individuell angepasste Langzeitbetreuung im Vordergrund stehen. Eine „mechanistische“ Übertragung von prinzipiellem Regelwissen, das in anderen Bereichen (Industrie, Klinik) allein auf die Etablierung eines QM-Systems zielt, würde hier zu kurz greifen. Erst die enge Verknüpfung von prinzipiellen (allerdings inhaltsleeren) systembezogenen Techniken mit spezifisch hausärztlichen Inhalten führt zu einer hohen praktischen Relevanz, Praktikabilität und Akzeptanz auf Seiten der betroffenen Hausärzte und ihrer Praxisteam.
- Damit bietet sich auch eine – bisher viel zu wenig beachtete – einzigartige Chance, relevante Teile der Hausarztmedizin in Deutschland völlig neu zu beschreiben. Gleichzeitig würden damit zentrale und einheitlich definierte Inhalte der Hausarztmedizin in Deutschland (vielleicht erstmals) sowohl gegenüber Außenstehenden als auch

---

<sup>2</sup> Vgl. hierzu Gerlach FM, Diel F (2003)

<sup>3</sup> vgl. hierzu AQUA-Qualitätssystem Pharmakotherapie

<sup>4</sup> Gerlach FM (2001)

<sup>5</sup> vgl. Gerlach FM (2002)

innerhalb einer häufig heterogenen hausärztlichen Profession sichtbar gemacht. Wie ausländische Beispiele (z. B. Niederlande) zeigen, kann gerade der identitätsstiftende Einfluss eines originär hausärztlichen Konzeptes kaum überschätzt werden.

- Die **Patientenorientierung** fördern. Dazu gehört einerseits eine Einbeziehung der Patientenperspektive, z. B. durch geeignete Befragungen, andererseits aber auch durch Förderung einer aktiven Patienteninformation.
- Problemlos **in Qualitätszirkel (im Sinne einer auch „einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“) integrierbar** sein. Dabei sollten Qualitätszirkel-Konzept und Qualitätsmanagement-Konzept die gleiche Logik haben und sich ergänzen. Dies soll u. a. durch konsequente Orientierung am Qualitätskreislauf, Datenbasierung (Indikatoren<sup>6</sup>, später auch für medizinisches Handeln) und Reflexion im Rahmen von Gleichrangigen („peer review“) geschehen.
- **Synergistisch zur Fortbildung sein**. So soll das Durchlaufen des edukatorisch ausgerichteten EPA-Assessments bereits vor der späteren Zertifizierung zu konkreten Veränderungsschritten führen. Der damit verbundene Wissenszuwachs und der Kompetenzgewinn sollte parallel (quasi als Nebeneffekt) auch zur Vergabe von Fortbildungspunkten durch die zuständige Landesärztekammer führen.<sup>7</sup>
- Einen **externen Vergleich** auf nationaler und internationaler Ebene ermöglichen.
- Mehr **Nutzen als Aufwand** produzieren.
- **Zukunftsfähig sein**: Über das Qualitätsmanagement der Praxis (wobei bestehende QM-Verfahren auf Organisationsmanagement und Kundenorientierung fokussieren) soll EPA kontinuierlich und konsequent in der gleichen Logik und Systematik um neue Themen bzw. Indikatorensets erweitert werden (u.a. Prävention, medizinisches Handeln, Risk-Management, Fehlermanagement<sup>8</sup>). Auf diese Weise wird EPA Schritt für Schritt – und wesentlich stärker als alle anderen Konzepte zum Qualitätsmanagement – ein immer konkreterer „Spiegel“ einer hausärztlichen „Best Practice“ und einer **„Lernenden Praxis“** als lernender Organisation im Gesundheitswesen (Rushmer et al. 2004).

---

<sup>6</sup> vgl. EQuIP/EURACT 2003

<sup>7</sup> entsprechende Anträge werden derzeit gestellt

<sup>8</sup> vgl. Beyer, Dovey, Gerlach 2003; Gerlach, Beyer 2003

### 3. Konzept und Philosophie von EPA

Das „Europäische Praxisassessment (EPA)“ wurde im Jahre 2000 von einer Gruppe von Qualitätsexperten aus dem hausärztlichen Arbeitsbereich in 6 europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Frankreich, Niederlande, England u. Wales und Schweiz) unter der Leitung von Prof. Richard Grol vom Centre for Quality of Care Research der Universität Nijmegen gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung als Projekt ins Leben gerufen. Hintergrund des Projektes waren die seit einigen Jahren in mehreren Ländern erfolgreich eingesetzten Programme zur Qualitätsförderung und zur Professionalisierung in der Allgemeinmedizin. Als wegweisend erwies sich dabei neben Modellen aus Australien und Kanada das holländische „*Visitatie*“ oder „*Visit-in-Practice*“ Modell von van den Hombergh et al.<sup>9</sup>. Dieses Konzept wurde inzwischen umfassend evaluiert und wird auch in einer Analyse des ÄZQ (ÄZQ 2003) besonders positiv hervorgehoben.

Die Bertelsmann Stiftung verleiht jährlich den „Carl-Bertelsmann-Preis“ für innovative und exemplarische Lösungsansätze für zentrale gesellschaftspolitische Aufgaben. Im Jahr 2000 wurde der niederländische Hausärzteverband für seine Beiträge zur primärmedizinischen Versorgungsqualität ausgezeichnet. Darauf aufbauend setzte sich die Bertelsmann Stiftung für EPA ein.

Innerhalb von zwei Jahren ist ein umfangreicher Katalog von Indikatoren und Instrumenten entwickelt worden (Engels et al. 2005). Neben einer differenzierten Analyse vorhandener Qualitätssysteme für den hausärztlichen Bereich wurde das Instrumentarium in mehreren Delphirunden mit einem Expertenkreis von 60 Praktikern und Qualitätsfachleuten aus den beteiligten Ländern abgestimmt und validiert. Im Sommer 2003 hat ein erster Test mit jeweils 3-6 Praxen pro Land stattgefunden. Dabei zeigte sich eine ausgesprochen positive Resonanz in den beteiligten Praxen und eine gute Umsetzbarkeit. Mit einem nochmals revidierten Indikatorenkatalog wurde im Winter 2003/2004 eine zweite, diesmal sehr viel größere Pilotstudie mit jeweils 30-50 Praxen pro Land durchgeführt. Die ersten Ergebnisse wurden im Frühjahr 2004 auf einem internationalen Workshop diskutiert. Die Resultate einer internationalen Länder-Vergleichsstudie wurden im Januar 2005 in Berlin einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Parallel zu diesen internationalen Aktivitäten wurde die Entwicklung von EPA in Deutschland soweit vorangetrieben, dass im Sommer 2004 mit der Breitenimplementierung begonnen werden konnte.

Die Philosophie von EPA in Stichworten:

- **Grundkonzept ist der Qualitätskreislauf<sup>10</sup>**. Ein Assessment mit Hilfe eindeutiger und valider Indikatoren schafft den Einstieg für eine Ist-Analyse und gibt **edukatorische Anstöße und Motivation für Veränderungen** von Strukturen und Prozessen. Mit EPA können Hausarztpraxen auch erste Erfahrungen mit der Ergebnismessung in ausgewählten Bereichen machen (z. B. Patientenbewertung).
- **EPA ist mehrperspektivisch**: Es berücksichtigt die Sicht von Praxisinhaber(n), Mitarbeitern und Patienten.
- **EPA ist indikatorenbasiert<sup>11</sup>**.
- **EPA besteht** aus Selbstassessment, Fremdassessment (*Visitation*), Patientenbefragung, Mitarbeiterbefragung, Feedback, Besprechung mit dem Praxisteam und einer kontinuierlichen Unterstützung von Veränderungen.
- EPA ermöglicht **externe Vergleiche (Benchmarking) auf nationaler und internationaler Ebene** und ist damit nicht nur ein Werkzeug für die sog. interne Qualitätssicherung, sondern auch für die „externe“ Qualitätssicherung oder Qualitätsdarlegung, falls dies von der Praxis gewünscht ist.
- EPA ist eine **europäische Initiative** und berücksichtigt **internationale Entwicklungen**.

---

<sup>9</sup> vgl. Literaturliste

<sup>10</sup> äquivalent z. T. auch als Qualitätsspirale, QM-Kreislauf, PDCA-Zyklus oder DEMING-Wheel bezeichnet

<sup>11</sup> vgl. Schneider, Broge, Szecsenyi 2003

- **EPA ist eine auf europäischer Ebene validierte Methode**, die auf der Basis internationaler Modelle systematisch entwickelt wurde und weiter fortentwickelt wird. In EPA werden **validierte und gut evaluierte Instrumente** zur Patientenbefragung (z. B. EUROPEP)<sup>12</sup> und zur Mitarbeiterbefragung eingesetzt.
- Das Modell **ist leicht umsetzbar und beeinträchtigt den Praxisablauf kaum**.
- Die **edukative Unterstützung der internen Qualitätsentwicklung** steht im Vordergrund, nicht die Kontrolle.
- EPA basiert auf einem **Peer-review-Ansatz der Gleichrangigkeit** (entweder ist der Visitor / die Visitorin ein Peer oder Ergebnisse werden in Peer-Gruppen diskutiert)<sup>13</sup>.
- Das Modell ist problemlos erweiterbar um **medizinische Indikatoren, Risiko-Management und Fehlermanagement**.
- und **kompatibel zu Qualitätszirkeln und Disease-Management-Programmen**.
- Hausärzte können EPA als Baustein für den obligatorischen **Fortbildungsnachweis** nutzen.
- EPA erlaubt die **kontinuierliche Unterstützung** der Teilnehmer durch Werkzeuge (z. B. Checklisten, Hilfsmittel zur Prozessdarlegung) sowie, und das ist völlig **einzigartig**, durch den **Zugang zu einer kontinuierlich wachsenden Benchmarking-Datenbank**, die einen detaillierten, anonymen Vergleich mit strukturgleichen Praxen (z. B. Größe, Lage, Region) und den jeweils besten Praxen (Benchmarking) erlaubt.
- Diese Datenbank ermöglicht auch ein **sofortiges Feedback** während der Teambesprechung am Visitationstag.
- EPA ist weitgehend **komplementär zu anderen QM-Verfahren** (ISO, EFQM, KTQ, BSC). So können Praxen, die z. B. ein internes Qualitätsmanagement nach DIN-ISO eingeführt haben, denen aber keine externe Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, EPA für ein Benchmarking mit anderen Praxen nutzen.

### Aufbau:

EPA unterscheidet fünf große Themenbereiche der Qualität, sog. „Domänen“: Infrastruktur, Menschen, Informationen, Finanzen sowie Qualität und Sicherheit. Diese Domänen bilden das Gedankengebäude für die Entwicklung einer Hausarztpraxis (vgl. Abb. 1). Innerhalb dieser Domänen gibt es insgesamt 26 Unterthemen, sog. Dimensionen, welche durch 168 Indikatoren dargestellt werden. Hinter den Indikatoren stehen insgesamt 413 Fragen oder Informationen (Items), die im Rahmen von Selbstassessment, Visitation, Patientenbefragung und Mitarbeiterbefragung erhoben werden. Dieser umfangreiche Katalog ist trotzdem leicht umsetzbar, da sich die Erhebung auf verschiedene Personen und Instrumente verteilt (Praxisinhaber, Visitor, Mitarbeiter, Patienten).



Abbildung 1: Die fünf Domänen von EPA

<sup>12</sup> vgl. Klingenberg, Bahrs, Szecsenyi 1999

<sup>13</sup> vgl. Bahrs, Gerlach, Szecsenyi, Andres 2001

Tabelle 1: EPA - Domänen, Indikatoren, Items (Beispiele)

Domänen	Dimensionen (N=27)	Indikatoren (Beispiel) N=207; Items N=339
<b>1. Infrastruktur</b>	1.1 Erreichbarkeit / Zugang und Verfügbarkeit	Die Praxis hat ein Bestellsystem
	1.2 IT-Sicherheit	Alle Computer sind gegen unberechtigten Zugriff geschützt
	1.3 Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente	Alle notwendigen Notfallmedikamente sind verfügbar
	1.4 Nicht medizinische Ausstattung	Die Praxis hat ein funktionierendes Faxgerät mit eigener Nummer
	1.5 Räumlichkeiten	Größe der Praxis
	1.6 Zugang/Einrichtungen für gehandikapte Personen	Falls sich die Praxisräume nicht im Erdgeschoss befinden steht ein Lift zur Verfügung
<b>2. Menschen</b>	2.1 Aus- und Weiterbildung	Die Praxis engagiert sich für Aus-/ Weiterbildung und Lehre
	2.2 Personalmanagement	Vertretungskräfte werden in die Abläufe der Praxis eingearbeitet
	2.3 Perspektive der Patienten	Die Patienten sind mit den Wartezeiten zufrieden
	2.4 Perspektive der nicht-ärztlichen Mitarbeiter	Die Mitarbeiter fühlen sich ermutigt, Anregungen zur Verbesserung der Praxis zu geben
	2.5 Perspektive der ärztlichen Mitarbeiter	Ärztl. Mitarbeiter sind zufrieden mit ihren Arbeitsstunden
<b>3. Informationen</b>	3.1 Behandlungsdaten, Patientenakte	Medizinische Auskünfte von nicht-ärztlichem Personal werden dokumentiert
	3.2 Fachinformationen für Mitarbeiter	Ärzte haben Zugang zu medizinischen Informationsressourcen
	3.3 Geheimhaltung und Unge-störtheit	Es gibt im Sprech-/Untersuchungszimmer einen ungestörten Bereich für Untersuchungen
	3.4 Informationen für Patienten über die Behandlung / medizinische Themen	Es gibt eine Auslage von Informationsbroschüren für Patienten über Erkrankungen und Probleme
	3.5 Patienteninformationen über die Praxis, Praxis-Politik und die lokalen Gegebenheiten	Die Praxis verfügt über eine Praxis- Informationsbroschüre
	3.6 Prävention	Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung
	3.7 Einsatz von Praxis-EDV	Die Praxis führt die Patientenakten computer-gestützt
	3.8 Kommunikation mit anderen Leistungserbringern	Die Praxis verfügt über ein aktuelles Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer
<b>4. Finanzen</b>	4.1 Finanzielle Leitung und Verantwortung	Die Verantwortung für die Finanzverwaltung ist in der Praxis klar definiert
	4.2 Finanzielle Planung	Die Praxis führt einen detaillierten Bericht über: Einnahmen / Ausgaben / Barzahlungen / Forderungen
	4.3 Jährlicher Bericht (retrospektiv)	Die Praxis erstellt einen jährlichen Bericht, welcher alle Einnahmen und Ausgaben beinhaltet
<b>5. Qualität und Sicherheit</b>	5.1 Aufspüren von Qualitäts- oder Sicherheitsproblemen / -mängeln	Die Praxis entwickelt Maßnahmen zum Umgang mit Patientenbeschwerden
	5.2 Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik	Die Praxis erstellt einen jährlichen Qualitätsbericht
	5.3 Hygiene, Verletzungsschutz / Infektionsschutz	Scharfe Gegenstände werden sicher aufbewahrt
	5.4 Beschwerdemanagement	Die Praxis analysiert und diskutiert die Patientenbeschwerden
	5.5 Fehlermanagement	Die Praxis trifft Maßnahmen zur Vermeidung kritischer Ereignisse

## 4. Typischer Ablauf von EPA in einer Hausarztpraxis

EPA ist so konzipiert, dass es mit möglichst wenig Aufwand in der Praxis umsetzbar ist. Die wichtigsten Schritte sind in der nachfolgenden Auflistung wiedergegeben. Der Gesamtaufwand für das Erstassessment inklusive Teambesprechung beträgt ca. 4-6 Stunden für den verantwortlichen Arzt bzw. die verantwortliche Ärztin, sowie ca. 2,5 Stunden pro Arzthelferin und für weitere Ärzte im Team. Am Visitationstag kann während der Praxisbegehung der normale Praxisbetrieb für die Ärztin oder den Arzt bis ca. 11.00 Uhr weiterlaufen, dann muss er bzw. sie für das Arztinterview zur Verfügung stehen. Die Teamsitzung, zu der alle Teammitglieder anwesend sein sollten, findet dann zwischen ca. 13.00 und 15.30 Uhr statt. Danach kann der Praxisbetrieb wieder normal weiterlaufen.

### Schritte im Rahmen von EPA:

Nach der Anmeldung erhalten die Praxen einen Vertrag über die Umsetzung von EPA sowie erste vorbereitende Unterlagen, in denen EPA und die weiteren Abläufe vorgestellt werden. Danach werden Unterlagen für die Durchführung der **Patientenbefragung**, der **Mitarbeiterbefragung** und des **Selbstassessments** zugesandt.

Die Patientenbefragung (Abb. 2 zeigt die dafür notwendigen Unterlagen) mit dem EUROPEP – Instrument hat eine sehr hohe Akzeptanz bei PatientInnen und Patienten. Das Ausfüllen im Wartezimmer und Einwurf in eine versiegelte Urne führt zu einer hohen Rücklaufquote (>90%) und zu eher kritischeren Rückmeldungen als bei einer Einzelzusendung im Freiumschlag. Der Fragebogen steht auf Anforderung in mehreren Sprachen, z. B. auch türkisch zur Verfügung.

In jeder Praxis bewerten 75 Patienten (über 18 Jahre, in Kinderarztpraxen: Eltern) nach einem vorgegebenen Verfahren mit dem validierten EUROPEP-Instrument (23 Fragen) den Hausarzt und sein Team. Die Patienten füllen den Bogen direkt im Wartezimmer aus und werfen ihn in eine versiegelte Urne. Diese wird erst bei AQUA geöffnet.

Ein Detail am Rande ist die Lesebrille auf dem Photo unten rechts, die mit zum Befragungssset gehört. Nur ca. 20% der Praxen hatten vorher eine Lesebrille für ihre Patienten bereitgehalten.



Abbildung 2: Patientenbefragung

Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung werden grundsätzlich alle Mitarbeiter der Praxis schriftlich und anonym befragt. Wir wenden ein validiertes Instrument zur Arbeitszufriedenheit an, mit dem u.a. Arbeitsbelastung, eigene Entwicklungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz und die Regelung von Verantwortlichkeiten bewertet werden. Die Rücksendung erfolgt anonym per Freiumschlag an AQUA, alternativ wird mit Erteilung eines separaten Zugangscodes auch eine Online-Erfassung angeboten.



Für die **Visitation** wird ein passender Termin direkt zwischen Visitor und Praxis vereinbart. Zur Vorbereitung des Visitors auf die jeweilige Praxis werden die Ergebnisse des Selbstassessment sowie der Patienten- und Mitarbeiterbefragung herangezogen. Ein weiterer Bestandteil der Vorbereitungen des Visitors ist z. B. ein Check der Nachrichten des Praxis-Anrufbeantworters auf Verständlichkeit und Vollständigkeit.

Alle Informationen im Europäischen Praxisassessment werden in einer SQL-Datenbank verarbeitet, die in klar definierten Grenzen über eine geschützte Internet-Verbindung kontaktiert werden kann. So hat der Visitor für die jeweils von ihm besuchte Praxis zu bestimmten Bereichen dieser Datenbank innerhalb eines begrenzten Zeitraums vor und nach der Visitation Zugriff.

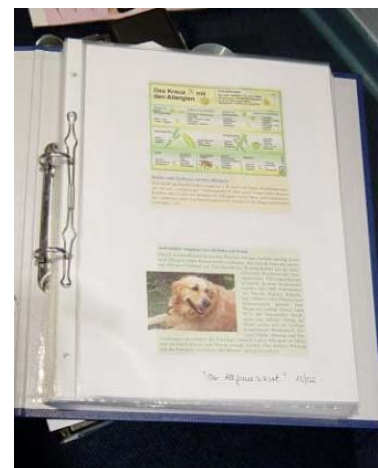
Die Dauer der Visitation beträgt ca. 5-6 Stunden. Sie besteht aus den drei Elementen **Begehung, Arztinterview** und **Teamsitzung**. Zunächst findet ab ca. 9.00 Uhr eine Begehung der Praxis statt. Der Visitor prüft dabei mit Hilfe einer Checkliste die Infrastruktur der Praxis. Dazu gehören u. a. der Kühlschrank (Abb. 3), die Hausbesuchs- und Notfallausrüstung (Abb. 4) oder das ausgelegte Informationsmaterial für Patienten (Abb.5).



**Abbildung 3:**  
Check des Kühlschranks – Ist ein Minimum-Maximum-Thermometer vorhanden?



**Abbildung 4:**  
Check der Arzttasche(n) - Sind erforderliche Notfallmedikamente enthalten? Wird auf Verfallsdaten geachtet?



**Abbildung 5:**  
Patienteninformationen - Gibt es geeignetes Informationsmaterial für Patienten?

Im **Arztinterview** werden weitere Informationen in einem ca. einstündigen Gespräch erhoben und bisher unklare Fragen aus dem Selbstassessment geklärt. Normalerweise wird das Gespräch auch bei Gemeinschaftspraxen nur mit einem Arzt durchgeführt, damit der Sprechstundenbetrieb möglichst unbeeinträchtigt bleibt. Am Ende des Interviews wird die nachfolgende Teamsitzung erläutert. In der Regel ist das Arztinterview gegen 12.00 Uhr beendet.

In der anschließenden Pause zwischen 12.00 Uhr und 13.00 Uhr überträgt der Visitor die erhobenen Informationen in sein Notebook (falls nicht schon vorher per Notepad direkt eingetragen) und übersendet sie per UMTS- / GPRS-Karte über eine sichere Verbindung in die EPA-Datenbank (Visotool<sup>®</sup>). Er kann nach der Übertragung sofort online prüfen, ob die Informationen für die visitierte Praxis im System vollständig sind und darauf aufbauend die Teamsitzung vorbereiten.

Die **Teamsitzung** (Abb.6), bei der das gesamte Praxisteam anwesend sein sollte, dauert ca. 2 Stunden. Nach einer Begrüßung und Aufwärmphase stellt der Visitor zunächst schrittweise in einer Übersicht dar, welches Bild der Praxis sich aufgrund des Europäischen Praxisassessments ergibt. Die Informationen werden direkt aus der Visotool®-Datenbank abgefragt und mit einem kleinen Beamer präsentiert.

Während der Teamsitzung erhält die Praxis ein strukturiertes Feedback über ihre Stärken und Schwächen. Der Visitor demonstriert die Ergebnisse mit der Visotool® Software und moderiert die Teambesprechung, in der erste Veränderungsschritte festgelegt werden.



**Abbildung 6: Teamsitzung - Wo stehen wir, wo sind unsere Stärken, wo müssen wir besser werden?**

Schrittweise demonstriert der Visitor nach dem Einloggen in Visotool® (Abb. 7) das auf der Grundlage der EPA-Indikatoren entworfene Abbild der Praxis.



Software zur Administration und Unterstützung des Europäischen Praxisassessments (EPA)

---

**Herzlich willkommen!**

Diese Internetseite dient als Plattform des Online-Benchmarking und der Online-Dateneingabe für Hausarztpraxen, die am Europäischen Praxisassessment (EPA) teilnehmen.

Als Arztpraxis oder Visitor im Rahmen des Projektes haben Sie durch Eingabe der Ihnen zugesendeten Passwörter Zugriff auf die Software.



Sollten Sie an diesem Programm nicht teilnehmen, sich aber dafür interessieren, so erhalten Sie unter folgenden Adressen nähere Auskünfte:

- zur Umsetzung von und Anmeldung an EPA in Deutschland:  
[www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)
- zur internationalen EPA-Entwicklergruppe:  
[www.topas-europe.org](http://www.topas-europe.org)
- zum Zertifikat von Stiftung Praxistest e. V.:  
[www.praxistest.de](http://www.praxistest.de)

**Login**

Bitte identifizieren Sie sich

Copyright 2004 : AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
[Englisch](#)

**Abbildung 7: Visotool Begrüßungsseite**

Ein Beispiel ist die Patientenstruktur anhand von Ergebnissen der Patientenbefragung (Abb. 8). Die befragten Patienten im gezeigten Beispiel haben ihre Hausarztpraxis in den letzten 12 Monaten 9,7-mal aufgesucht, gegenüber 7,6-mal in den Praxen der Vergleichsgruppe (hier: 83 Praxen im Oktober 2004).

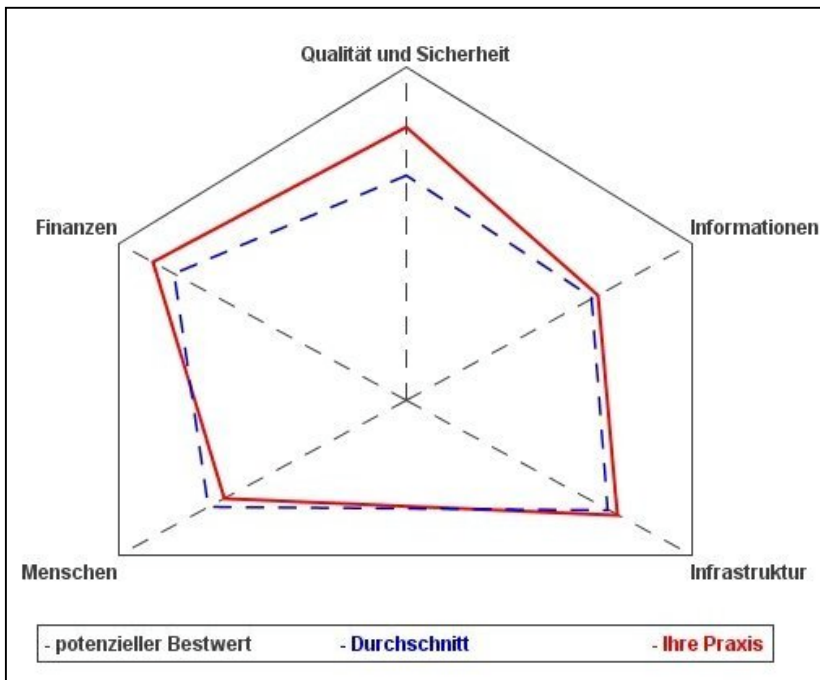
**Feedback (1069)**

<b>Basisdaten für die Praxis Nr 1069</b>		
<b>Patientenstruktur</b>	<b>Ihre Praxis</b>	<b>Durchschnitt</b>
<b>Alter</b>	49	48.1
<b>Geschlecht</b>	weiblich 54.2% männlich 45.8%	weiblich 60.0% männlich 40.0%
<b>Durchschnittliche Zahl der Arztkontakte in den letzten 12 Monaten</b>	9.7	7.6
<b>Anteil der Patienten mit ernsthaften Erkrankungen, die schon länger als 3 Monate andauern</b>	44.6%	45.7%
<b>Anzahl der berücksichtigten Praxen: 83</b>		

[vorherige Seite](#)   [nächste Seite](#)

**Abbildung 8: Patientenstruktur**

Anschließend geht der Visitor in eine detaillierte Stärken- und Schwächen-Analyse. Zunächst wird auch dabei wieder ein Überblick hergestellt.



Die fünf Domänen von EPA bilden ein Fünfeck (Pentagraph, Abbildung 9), dessen Außenlinien die 100%ige Zielerreichung auf den dahinter liegenden Indikatoren kennzeichnen. Die hier dargestellte Praxis (rote Linie) liegt bis auf die Domäne „Menschen“ in allen Domänen, über dem Durchschnitt (blaue Linie) der beteiligten Praxen.

**Abbildung 9: Die eigene Praxis im Vergleich zu allen Praxen und im Vergleich zur maximalen Zielerreichung**

Im nächsten Schritt erhält man durch Anklicken jeder Domäne einen Überblick über die dahinter liegenden Dimensionen (Abb. 10).

In diesem Beispiel wird deutlich, dass die Praxis im Bereich „Perspektive der Patienten“ Schwächen hat (63% vs. 75% bei allen Praxen). Das durch Anklicken des Symbols „Grafik“ sichtbar werdende Streudiagramm zeigt, welche Werte demgegenüber die besten Praxen aufweisen können (Benchmarking).

(Menschen)	Zielerreichung in % der maximalen Punktzahl				Indikatoren		
	Dimensionen	- Ihre Praxis	Durchschnitt	Grafik	To Do	Anzahl	Detail
	Aus- und Weiterbildung	42%	42%			5	
	Personalmanagement	66%	57%			11	
	Perspektive der Patienten	63%	75%			26	
	Perspektive der nicht-ärztl. Mitarbeiter	65%	77%			13	
	Perspektive der ärztl. Mitarbeiter	65%	66%			10	
	Insgesamt (Menschen)	63%	69%			65	

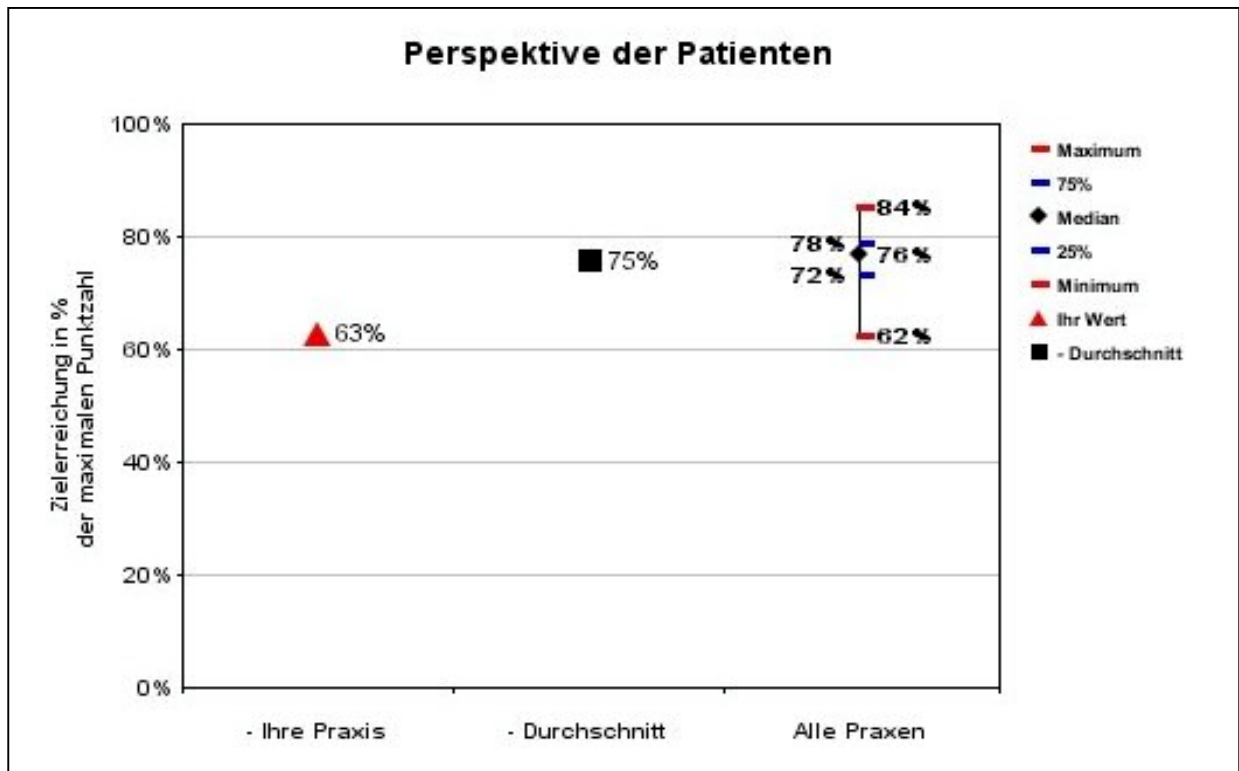


Abbildung 10: Dimensionen innerhalb der Domäne Menschen (oben), Mittelwert und Streudiagramm (unten)

Innerhalb der Dimension „Perspektive der Patienten“ werden von der Patientenbefragung mit dem EUROPEP-Instrument 26 Indikatoren abgebildet. Auch hier stellt der Visitor zunächst einen Überblick über die Stärken der Praxis dar. In diesem Beispiel zeigt der Indikator Datenschutz jedoch eine Schwäche der Praxis.

Eine nähere Analyse des Streudiagramms weist auf ein Problem hin: Nur 54% der Patienten der Praxis sind der Meinung, dass auf die vertrauliche Behandlung ihrer Daten und Unterlagen geachtet wird

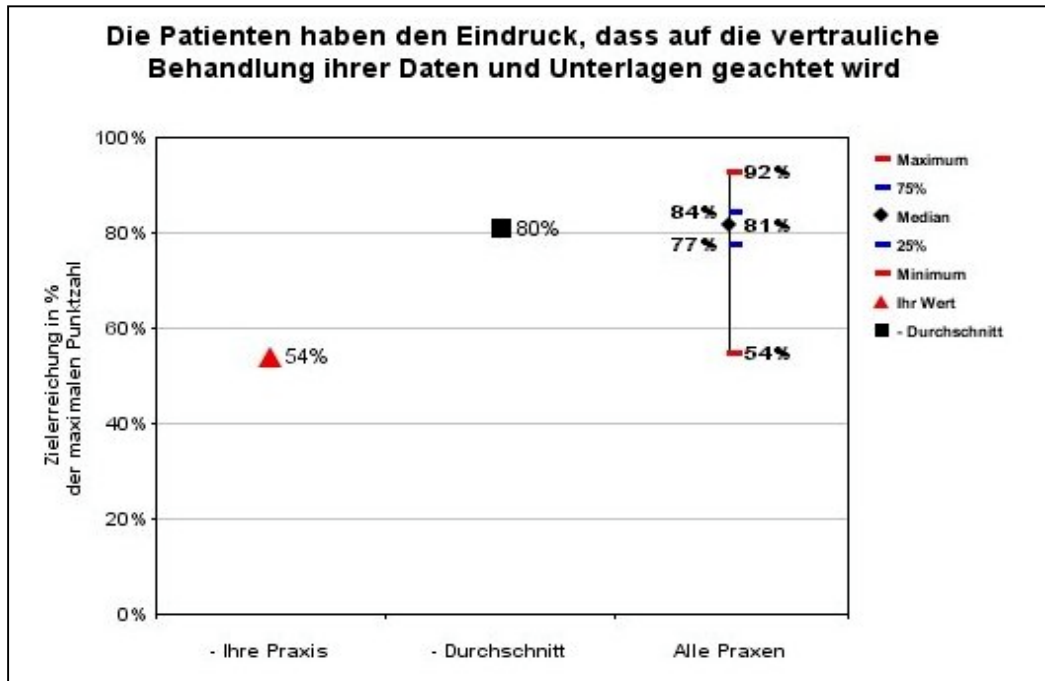


Abbildung 11: Perspektive der Patienten (Datenschutz)

Die „beste“ Praxis hat hier 92% erreicht (rechte Säule der Abbildung), 25% aller Praxen haben einen Wert zwischen 84% und 92%. Hier könnte eine wirklich erreichbare Benchmark liegen.

Teamsitzung 30.06.2004

Was möchten wir verändern? Wer? Wann?	
Neue Anordnung der Bildschirme an der Anmeldung	Frau Karlson 05.07.04
Tür zum Wartezimmer geschlossen halten	alle an der Anmeldung sofort
Min-Max-Thermometer besorgen	Frau Michaelis 05.07.04
Fortbildungsveranstaltungen bei Ärztekammer und Berufsverband der Arzthelferinnen erfragen	Frau Michaelis 19.07.04
Bei Teambesprechungen „Weiterentwicklung und Verbesserungsvorschläge“ immer besprechen	alle ab sofort
Praxisinformationsbroschüre entwickeln	Chef, Frau Karlson 31.08.04

Abbildung 12: Erarbeiten von Verbesserungen

Im Gespräch mit dem Praxisteam wird schnell klar, woher das vergleichsweise schlechte Abschneiden der eigenen Praxis kommt. Einige Teammitglieder hatten schon entsprechende Bemerkungen der Patienten gehört, dass Gespräche und Telefonate an der Anmeldung auch im Wartezimmer zu hören sind. Auch können Wartende allzu leicht Einblick in die Bildschirme in der Anmeldung nehmen.

Schon während der Teamsitzung können Verbesserungen geplant und Verantwortlichkeiten geklärt werden (Abb. 12).

Die geplanten Verbesserungen und Verantwortlichkeiten können gleich oder zu einem späteren Zeitpunkt von der Praxis in Visotool® eingetragen werden (Abb. 13).

Domäne ▲▼	Dimension ▲▼	Indikator ▲▼	To Do ▲▼	Bis wann? ▲▼	Wer? ▲▼	erledigt ▲▼
<b>Informationen</b>	Patienteninformationen über die Praxis, Praxis-Politik und die lokale Gegebenheiten	Die Praxis verfügt über eine Praxisinformationsbroschüre	Praxisinformationsbroschüre entwickeln	31.08.2004	Dr. Mustermann, Frau Karlson	
<b>Infrastruktur</b>	Medizinische Ausstattung inklusive Medikamente	Medikamentenkühlschrank: ist mit einem Min/Max-Thermometer ausgestattet	Min./Max.-Thermometer besorgen	5.07.2004	Frau Michaelis	
<b>Menschen</b>	Perspektive der Patienten	Die Patienten haben den Eindruck, dass auf die vertrauliche Behandlung ihrer Daten und Unterlagen geachtet wird	Neue Anordnung der Bildschirme an der Anmeldung	5.07.2004	Frau Karlson	
<b>Menschen</b>	Aus- und Weiterbildung	Alle Mitarbeiter besuchen regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen	Beim Berufsverband der Arzthelferinnen und Ärztekammer die bis Ende des Jahres stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen erfragen und für alle kopieren.	19.07.2004	Frau Michaelis	
<b>Menschen</b>	Perspektive der Patienten	Die Patienten haben den Eindruck, dass auf die vertrauliche Behandlung ihrer Daten und Unterlagen geachtet wird	Tür zum Wartezimmer geschlossen halten	30.06.2004	alle an der Anmeldung	
<b>Qualität und Sicherheit</b>	Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik	Die Praxis bietet den Mitarbeitern die Möglichkeit Verbesserungsvorschläge zu machen	In der Agenda der Teambesprechungen den Punkt "Weiterentwicklung unserer Praxis - Verbesserungsvorschläge" fest mit aufnehmen	30.06.2004	alle	

Abbildung 13: ToDo-Liste in Visotool

Nach einer empirischen Stärke-Schwächen-Analyse, die auf der Messung konkreter Indikatoren gründet, werden Verbesserungen dort angesetzt, wo tatsächlich ein Bedarf besteht. Die Praxis hat 3 Jahre lang einen kostenlosen passwortgeschützten Zugriff auf die Visotool® - Datenbank. Sie kann sich in jeder Detailfrage, die im Europäischen Praxisassessment erfasst ist, mit anderen Praxen vergleichen. Auch der Vergleich mit Subgruppen von Praxen (Praxisgröße, Region, Netz usw.) ist möglich, soweit in jeder gewählten Subgruppe bereits genügend Vergleichspraxen erfasst sind.

Zur weiteren Unterstützung erhält jede Praxis ein „**Problemorientiertes Praxishandbuch**“ (Abb. 14), das neben dem individuellen Feedbackbericht auch Hintergrundinformationen und Anregungen für das praxisinterne Qualitätsmanagement enthält. Der Feedbackbericht zeigt die Ergebnisse, die im Rahmen des Europäischen Praxisassessments erhoben und ausgewertet wurden auf. Dadurch werden individuelle Stärken und Schwächen der Praxis abgebildet.

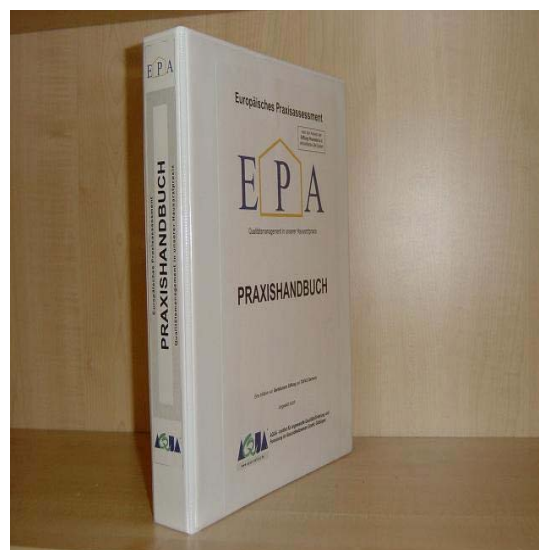


Abbildung 14: Problemorientiertes Praxishandbuch

Auf der Visotool® Webseite stehen weiterhin zu jeder Dimension und zu (fast) jedem Indikator weitere Materialien und kostenlose Downloads zur Verfügung (Abb. 15).

Materialien

Allgemein Qualität und Sicherheit Information Infrastruktur Menschen Finanzen Visitation Glossar

Materialien-Suche

Aufspüren von Qualitäts- und Sicherheitsproblemen/-mängeln

Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik

Verletzungs- / Infektionsschutz (Hygiene)

Beschwerde-management

Fehler-management

Qualität und Sicherheit - Fehlermanagement

In dieser Dimension finden Sie Informationen, wie in der Praxis mit kritischen Ereignissen umzugehen ist. Dabei spielen die Dokumentation, die Analyse und die zukünftige Vermeidung die wesentliche Rolle.

Um eine andere Domäne oder Dimension zu wählen, benutzen Sie bitte das obere Menü.

Titel	Verfasser	Datum	Quelle	Beschreibung
Fehlerquelle "Kommunikationsstörung" ausschalten - Sicher mit Patienten kommunizieren	Beyer, Martin; Gensichen, Jochen	4/2004	Der Hausarzt	In der Hausarztpraxis wird ständig kommuniziert: mit Patienten, mit Mitbehandlern, untereinander im Praxisteam. Durch Kommunikation werden nicht nur Informationen und Anweisungen weitergegeben, wir orientieren uns dadurch auch in unklaren Situationen, vergewissern uns, ob unser Gegenüber uns verstanden hat usw. Schon lange wird vermutet, dass Kommunikationsprobleme beim Entstehen von Fehlern sehr häufig mitbeteiligt sind. Anhand der internationalen Fehlerstudie PCISME analysieren die Autoren hier das Problem.

Nach der Visitation kann sich jede Praxis per Visotool® differenziert entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen mit anderen gleich strukturierten Praxen und den „besten“ Praxen der **Benchmarking-Datenbank** vergleichen. Jede Teilnehmerpraxis hat drei Jahre lang kostenlosen Zugang zu dieser Datenbank. Weiterhin wird der Praxis empfohlen, ihre Ergebnisse im Qualitätszirkel zu besprechen (Peer-review). Mit der Anmeldung zum Zweitassessment nach 2-3 Jahren erfolgt eine Selbstauskunft darüber, welche Veränderungen in der Praxis umgesetzt wurden. Diese Angaben werden dann bei der nächsten Visitation überprüft.

**Abbildung 15: Materialien zum Download**

## 5. Rolle der EPA-Visitoren

EPA-Visitoren haben nachfolgende Aufgaben:

- Vereinbarung eines Visitationstermins mit der Praxis,
- Praxisbesuch mit Begehung und Durchgehen der Checkliste mit Hilfe von Visotool<sup>®</sup>,
- Interview mit dem verantwortlichen Arzt, Festlegung der Themen der Teambesprechung,
- Durchführung der Teambesprechung, Diskussion des Feedbacks mit Hilfe des Programmpaketes Visotool<sup>®</sup> inklusive eines Benchmarkings anhand einer Benchmarking-Datenbank, Eingrenzung bzw. Prioritätensetzung für weitere qualitätsfördernde Aktivitäten der Praxis.

EPA-Visitoren haben dabei einerseits eine Auditorenfunktion, andererseits aber auch eine gewisse edukative Funktion. Um diese Rollen auszufüllen und als Voraussetzung für die Akkreditierung, müssen EPA-Visitoren folgende Anforderungen erfüllen:

- mit dem Handlungsfeld Hausarztpraxis vertraut sein; entweder durch eigene Praxistätigkeit als Allgemeinarzt (Peer Visitor), als Arzthelferin oder durch Projekterfahrung in diesem Arbeitsfeld,
- gute kommunikative Fähigkeiten haben,
- mit Konzepten zur Qualitätsförderung (Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement) vertraut sein, möglichst mit eigenen Erfahrungen oder Nachweis von Vorqualifikationen,
- an einem mindestens zweitägigen EPA-**Einführungsseminar** erfolgreich teilgenommen haben. Zum Inhalt des Trainings gehören: Methoden der Qualitätsförderung in der Hausarztpraxis, Kommunikation mit dem Praxisteam, Arbeit mit Visotool<sup>®</sup>, Durchführung eines Benchmarkings anhand der Vergleichsdatenbank, Probevisitationen (Rollenspiele, Teambesprechungen / Feedback).
- An einer **Probevisitation** mit einem erfahrenen Visitor teilnehmen.
- An einer **Supervision** nach den ersten eigenen Visitationen teilnehmen.
- Mindestens einmal jährlich an einem EPA-Visitorenworkshop teilnehmen, alternativ zweimal jährlich Teilnahme an einem Qualitätszirkel der EPA-Visitoren.
- Mindestens 6 Visitationen pro Jahr durchführen (bzw. 18 in drei Jahren, flexible Handhabung).

Inzwischen wurden bisher bundesweit (Stand: März 2005) mehr als 80 Visitoren ausgebildet. Die zweitägigen Einführungsseminare für die Visitoren werden zunächst zentral angeboten. Informationen zur Visitorenausbildung erhalten Sie bei Frau Klüsche, AQUA-Institut. In einem zweiten Schritt wird ein dezentrales „Train the Trainers“-Konzept umgesetzt. Dadurch soll eine Verfeinerung des Schulungskonzeptes und die Schaffung eines einheitlichen Standards ermöglicht werden. EPA-Einführungsseminare, EPA-Visitorenworkshops und Qualitätszirkel der Visitoren könnten nach einer Definitionsphase wieder von den Visitoren dezentral selbst organisiert werden. Einerseits trägt dies zur Professionalisierung der Visitoren bei, andererseits sollen kostengünstige dezentrale Angebote mit geringen Fahrzeiten geschaffen werden. In jedem Fall gehört zu den Zielsetzungen von EPA auch eine kontinuierliche Qualitätsförderung der Visitorentätigkeit selbst.



## **6. Weitere Unterstützung für die Hausarztpraxis**

Praxen, die mit EPA arbeiten, sollen Möglichkeiten zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch, zur weiteren Qualifizierung und zur Nutzung von Materialien gegeben werden, die spezifisch auf das EPA-Konzept zugeschnitten sind:

- Praxishandbuch mit Zusammenfassungen der Ergebnisse, Anleitung und Passwort zur Nutzung der Benchmark-Datenbank (Visotool<sup>®</sup>), sowie Werkzeugen zur Umsetzung von Verbesserungen;
- Pflege und kontinuierliche Erweiterung der Benchmarking-Datenbank. Diese ist für EPA-Praxen über eine gesicherte Internet-Verbindung zugänglich. Sie ermöglicht den Praxen, detaillierte, anonymisierte Vergleiche zu anderen Praxen zu ziehen (z. B. Vergleiche nach Praxisgröße, Praxislage, Region, etc.);
- Webseite mit weiterführenden Materialien;
- Angebote zum Erfahrungsaustausch zwischen Praxen (Beispielsweise Veröffentlichung von Tools/Ideen (z. B. Checklisten) aus Praxen auf der Materialien-Webseite, Workshops für EPA-Praxen; Workshops für Helferinnen);
- Materialien (z. B. Moderationsanleitungen) für Qualitätszirkel;
- Supervisionstreffen der EPA-Visitoren.

## 7. Kosten

Es besteht kaum ein Zweifel daran, dass die Kosten für die Einführung qualitätsfördernder Aktivitäten und einer Zertifizierung für Hausarztpraxen, die in der Regel als Einzel- oder Zweier-Gemeinschaftspraxen organisiert sind, bei schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eine hohe Hürde für die einzelne Praxis bedeuten können. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, auf ein angemessenes und für die Praxen tragbares Kosten-Nutzen-Verhältnis zu achten.

Das EPA-Programm erfüllt diese Voraussetzung eines günstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Bei den Kostenkalkulationen für EPA wurden zwei Aspekte beachtet:

*Die **direkten Kosten** durch das Verfahren selbst.* Diese betragen bis zur Vergabe des Zertifikates (die unabhängig von der Stiftung Praxissiegel e.V. erfolgt), 1.750,00 € zzgl. gesetzl. MwSt.. Vergünstigungen sind möglich einerseits für Mitglieder der DEGAM und Teilnehmer der AQUA-Projekte zu „Qualitätszirkel Pharmakotherapie“ (100 € Ermäßigung) und andererseits für Gruppen von mind. 10 Ärzten (z. B. Qualitätszirkel, Arztnetze, Lehrpraxen), die sich geschlossen anmelden (250 € Ermäßigung). Die Vergünstigungen können nicht miteinander kombiniert werden.

*Die **indirekten Kosten** durch Umsetzung des Verfahrens, insbesondere Arbeitszeit der Mitarbeiter und der Ärzte in der Praxis.* Hier gibt es auch für andere auf dem Markt befindliche QM-Verfahren nur ungenaue Schätzungen. Oft wird auf den möglichen nachfolgenden schnellen Nutzen und „Return-on-Investment“ durch Zeitersparnis verwiesen. Da es sich hier eher um anekdotische Verkaufsargumente von Zertifizierungs-Anbietern handelt, für die keine konkreten Zahlen vorgewiesen werden, erscheint uns zunächst die Maxime „je weniger, desto besser“ angemessen. Zu den indirekten Kosten zählt auch der mögliche Praxisausfall durch Beeinträchtigung der Abläufe während der Visitation. Wir schätzen den Ausfall bei EPA auf maximal 1 Stunde reine Sprechstundenzeit (für eine Einzelpraxis). Am Besuchstag sollte die Sprechstunde um ca. 11.00 Uhr beendet sein (Beginn der Visitation ca. 9.00 Uhr), die Teambesprechung dauert von 13.00-15.00 Uhr, danach kann die reguläre Praxistätigkeit fortgesetzt werden.

EPA ist so konzipiert, dass die Umsetzung von Veränderungen auf Praxisebene bedarfsabhängig erfolgt. Praxen, die anfangs in vielen Dimensionen Verbesserungsbedarf sehen, werden durch das Verfahren bei der Prioritätensetzung unterstützt. Dadurch soll erreicht werden, dass die möglichen Schwächen zunächst dort in Angriff genommen werden, wo mit geringem Aufwand ein hoher Nutzen oder eine Verminderung von Risiken zu erwarten ist.

EPA wird zukünftig aufgrund dieses guten Kosten-Nutzen-Verhältnisses und dank der fundierten wissenschaftlichen Entwicklung und internationalen Perspektive eine bedeutsame Rolle im Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung in Deutschland einnehmen.

## **8. Zertifikat der Stiftung Praxissiegel e. V.**

Praxen, die das EPA-Verfahren vollständig durchlaufen haben, können optional ein Zertifikat von der unabhängigen und gemeinnützigen Stiftung Praxissiegel erlangen. EPA wurde als erstes Qualitätsmanagement-Verfahren nach den hohen Standards der Stiftung (siehe [www.praxissiegel.de](http://www.praxissiegel.de)) akkreditiert.

Für die Erteilung dieses Zertifikates müssen EPA Praxen eine Mindestpunktzahl erreichen (bestätigt durch AQUA), vereinbarte Mindestkriterien müssen eingehalten werden und die Visitation muss ordnungsgemäß durchgeführt worden sein (Bestätigung durch den Visitor, der wiederum von der Stiftung Praxissiegel für das Verfahren akkreditiert sein muss). Das Zertifikat der Stiftung Praxissiegel wird nur nach Erfüllung bestimmter Mindestkriterien vergeben. Es ist für drei Jahre gültig. Die Kosten betragen € 100,00 zzgl. MwSt..

## 9. Literatur

AQUA –Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2004): Das AQUA Qualitätssystem Pharmakotherapie. Göttingen [http://www.aqua-institut.de/pdf/AQUA-SystemPharmako\\_Vs14.pdf](http://www.aqua-institut.de/pdf/AQUA-SystemPharmako_Vs14.pdf) (download 05.11.2004)

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. ÄZQ-Bestandsaufnahme "Zertifizierung in der ambulanten Versorgung" (2000); <http://www.aezq.de/azq/azq/content/content/projekte/qma/view> (05.11.2004)

Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E (Hrsg) (2001) Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Beyer M, Dovey S, Gerlach FM (2003) Fehler in der Allgemeinpraxis – Ergebnisse der internationalen PCISME-Studie in Deutschland. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 79:327-331

Brinkmann H, Broge B, Wippenbeck P (2003): Stand des internationalen Projektes Europäisches Praxisassessment (EPA) und der Aktivitäten zur nationalen Implementierung. Vortrag Tagung Qualitätszirkel im Gesundheitswesen – 10 Jahre erfolgreiche Breitenimplementierung. Göttingen, 5.-6.9.2003 [http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Broge\\_Wippenbeck\\_EPA.pdf](http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Broge_Wippenbeck_EPA.pdf) (download 05.11.2004)

Eliasson G, Berg L, Carlsson P, Lindstrom K, Bengtsson C (1998): Facilitating quality improvement in primary health care by practice visiting. Qual Health Care; 7:48-54.

Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, v.d. Hombergh P, Brinkmann H, Szecsenyi J, Falcoff H, Seuntjens L, Kuenzi, B, Grol R (2005): Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract (in press).

European Association for Quality in General Practice/Family Medicine (EQuiP) and European Academy of Teachers in General Practice (EURACT): Continuing Professional Development in Primary Health Care. Quality Development integrated with Continuing Medical Education. Policy document 2003. Download: [www.equip.ch](http://www.equip.ch) (05.11.04)

Geboers H (2002): Continuous quality improvement in family practice: Feasibility, effectiveness and assessment. Academic Proefschrift, Univ. of Nijmegen

Gerlach FM, Diel F (2003): Qualitätszirkel in Deutschland – eine kritische Bestandsaufnahme. Vortrag Tagung Qualitätszirkel im Gesundheitswesen – 10 Jahre erfolgreiche Breitenimplementierung. Göttingen, 5.-6.9.2003. [http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Gerlach\\_Diel\\_QZEntwicklung.pdf](http://www.aqua-institut.de/pdf/Tagung/Gerlach_Diel_QZEntwicklung.pdf) (download 05.11.2004)

Gerlach FM (2001) Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York

Gerlach FM (2002) Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung; 96:243-249

Gerlach FM (2002) Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 2). Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung; 96:307-311

Grol R, Wensing M, Mainz HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J (2000): Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract; 50: 882-887

Grol R, Grimshaw J (2003): From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003 Oct 11;362(9391):1225-30.

Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H (eds.) (2005). Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J (1999): Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen. Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z ärztl Fortb Qual.sich; 93: 437-445

Klingenberg A, Szecsenyi J (1998): Welchen Nutzen ziehen Ärzte aus einer Patientenbefragung? Z Allg Med; 74: 769-772

Ram P, Grol R, van den Hombergh P, Rethans JJ, van der Vleuten C, Aretz K (1998): Structure and process: the relationship between practice management and actual clinical performance in general practice. Fam Pract.; Aug;15(4):354-62.

Rushmer R, Kelly D, Logh M, Wilkinson JE, Davies HAT: Introducing the learning practice – I. The characteristics of Learning Organizations in Primary Care. J Eval Clin Pract 2004; 10:375-386

Rushmer R, Kelly D, Logh M, Wilkinson JE, Davies HAT: Introducing the learning practice – II. Becoming a Learning Practice. J Eval Clin Pract 2004; 10:387-398

Rushmer R, Kelly D, Logh M, Wilkinson JE, Davies HAT: Introducing the learning practice – III. Leadership, empowerment, protected time and reflective practice as core contextual conditions. *J Eval Clin Pract* 2004; 10:399-40

Szecsényi J, Brinkmann H, Broge B, Wippenbeck P, Gerlach FM (2002) Qualitätsmanagement in der hausärztlichen Versorgung – Europäisches Praxisassessment. 36. Deutscher Kongreß für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 18.09. -21.09.2002, Koblenz, Abstract in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 78 (Kongress-Abstracts):31

Szecsényi J, Schneider A (2003): Zwischen Individualität und evidenzbasierter Medizin. Die Rolle des Hausarztes im Rahmen von Disease-Management-Programmen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich.*; 97:183-7

Schneider A, Broge B, Szecsényi J (2003): Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. *Z Allg Med*; 79:547-552, [http://www.aqua-institut.de/pdf/schneider\\_2003-547.pdf](http://www.aqua-institut.de/pdf/schneider_2003-547.pdf) (download 05.11.2004)

van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ (1998): Assessment of management in general practice: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract*; 48:1743-1750

van den Hombergh P (1998). *Practice visits - Assessing and improving management in general practice*. Nijmegen: WOK

van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ (1999). Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Qual Health Care*; 8:161-166

van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ (1999): Practice visits as a tool in quality improvement: acceptance and feasibility. *Qual Health Care*; 8:167-71

Wensing M, Baker R, Szecsényi J, Grol R (2004): Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. *Health Policy* 2004; 68: 353-357

Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsényi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract* 2004; 10: 457–466

### **Informationen und Anmeldung für Arztpraxen zur Teilnahme an EPA:**

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung  
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Petra Wippenbeck  
Weender Landstraße 11  
37073 Göttingen  
Tel. 0551 78952-14  
Fax. 0551 78952-10  
E-mail: [p.wippenbeck@aqua-institut.de](mailto:p.wippenbeck@aqua-institut.de)  
Internet: [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)

### **Informationen zur Visitorenausbildung**

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung  
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Sara Klüsche  
Weender Landstraße 11  
37073 Göttingen  
Tel. 0551 78952-15  
Fax. 0551 78952-10  
E-mail: [s.kluesche@aqua-institut.de](mailto:s.kluesche@aqua-institut.de)  
Internet: [www.aqua-institut.de](http://www.aqua-institut.de)

### **Informationen zur Zertifizierung durch Stiftung Praxissiegel e.V.**

Stiftung Praxissiegel e.V.  
c/o Bertelsmann Stiftung  
Sigrid Tzyschakoff  
Carl-Bertelsmann-Straße 256  
33311 Gütersloh  
Tel: 05241 – 81 81 463  
Fax: 05241 – 81 6 81 463  
E-Mail: [info@praxissiegel.de](mailto:info@praxissiegel.de)  
Internet: [www.praxissiegel.de](http://www.praxissiegel.de)

## Anforderung von Informationsmaterial und Anmeldeunterlagen

„Ich interessiere mich für das „Europäische Praxisassessment (EPA)“.  
Bitte senden Sie mir (unverbindlich) die Anmeldeunterlagen zu.“

**An:**

AQUA

Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen  
Weender Landstr. 11

37073 Göttingen

Fax: (05 51) 7 89 52 10

**Absender**

Titel, Name,  
Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Praxisstempel



## Bestellung der Publikation zum Europäischen Praxisassessment (EPA)

Grol R, Dautzenberg M, Brinkmann H (eds.) (2005). Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

**Bitte senden oder Faxen Sie Ihre Bestellung an:**

Verlag Bertelsmann Stiftung  
Postfach 103

33311 Gütersloh

Fax: (05241) 4 69 70



Richard Grol, Maaike Dautzenberg,  
Henrik Brinkmann (eds.)

**Quality Management in  
Primary Care**

European Practice Assessment

Verlag Bertelsmann Stiftung

144 Seiten, € 18,00  
ISBN 3-89204-790-1