

Europäisches Praxisassessment (EPA)



Ein indikatorengestütztes Assessment-,
Qualitätsmanagement- und Zertifizierungsverfahren
für Hausarztpraxen

EPA ist ein gemeinsames Projekt von:

European Task Force on Practice Assessment (TOPAS-EUROPE)

Prof. Dr. Richard Grol, Centre for Quality of Care Research (WOK), Nijmegen und Maastricht, Niederlande



Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Für die Durchführung des deutschen Projektteiles ist verantwortlich:



AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

Übersicht Version 03 mit Stand vom 16.04.2004

Joachim Szecsenyi, Henrik Brinkmann, Björn Broge, Ferdinand Gerlach, Eckhard Volbracht

Inhaltsübersicht

	Seite
Qualität und Qualitätsmanagement	
1. -gesetzliche Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf die hausärztliche Versorgung-	2
2. Konzept und Philosophie von EPA	4
3. Typischer Ablauf von EPA in einer Hausarztpraxis	7
4. Rolle der EPA-Visitoren	7
5. Weitere Unterstützung für die Hausarztpraxis	8
6. Kosten von EPA	9
7. Literatur	10
8. Kontakt	12

1. Qualität und Qualitätsmanagement

-Gesetzliche Rahmenbedingungen und ihre Auswirkungen auf die hausärztliche Versorgung-

Durch das ab 1.1.2004 geltende Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 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 haben¹ und die, insbesondere wenn sie strukturiert und datenbasiert wie *Qualitätszirkel Pharmakotherapie* sind, einen Einfluss auf die Ergebnisqualität haben². 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 echten Qualitätsmanagements offensichtlich als kontinuierlicher Prozess verstanden wird.³

Neu ist im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz auch die Festlegung einer Pflichtfortbildung für Vertragsärzte. Berücksichtigt man die weiteren neu im System eingeführten Elemente, wie z.B. die Disease-Management-Programme nach dem GRG 1999 und die auch im GMG weiter konkretisierten Anforderungen an einen rationalen Arzneimitelesatz 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 zusätzli-

¹ Vgl. hierzu Gerlach FM, Diel F (2003)

² vgl. hierzu AQUA-Qualitätssystem Pharmakotherapie

³ Gerlach FM (2001)

chen 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 Allgemeinmedizin müssen deshalb unserer Ansicht nach folgenden Anforderungen genügen:

- Die **spezifisch hausärztliche Arbeitsweise**⁴ berücksichtigen, bei der die effektive Klärung von Patientenanliegen, 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 Praxisteams. 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 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 Patienteninformierung.
- 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 (Indikatoren⁵, 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 Kompetenzgewinn sollte parallel (quasi als Nebeneffekt) auch zur Vergabe von Fortbildungspunkten durch die zuständige Landesärztekammer führen.⁶
- 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, Fehlermanagement⁷). Auf diese Weise wird EPA Schritt für Schritt – und wesentlich stärker als alle anderen Konzepte zur Zertifizierung –, ein immer konkreterer „Spiegel“ einer hausärztlichen „Best Practice“.

⁴ vgl. Gerlach FM (2002)

⁵ Vgl. EQuIP/EURACT 2003

⁶ entsprechende Anträge werden derzeit gestellt

⁷ vgl. Beyer, Dovey, Gerlach 2003; Gerlach, Beyer 2003

2. Konzept und Philosophie von EPA

Das Projekt „European Practice Assessment (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 ins Leben gerufen. Hintergrund des Projektes sind die seit einigen Jahren in mehreren Ländern erfolgreich eingesetzten Programme zur Qualitätsförderung und zur Professionalisierung in der Allgemeinmedizin. Wegweisend waren dabei neben Modellen aus Australien und Kanada das holländische „Visitatie“ oder „Visit-in-Practice“ Modell von van den Hombergh et al.⁸. 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 Hausärzterverband für seine Beiträge zur primärmedizinischen Versorgungsqualität ausgezeichnet. Darauf aufbauend setzt sich die Bertelsmann Stiftung für dieses internationale Projekt ein.

Innerhalb von zwei Jahren ist ein umfangreicher Katalog von Indikatoren und Instrumenten entwickelt worden. 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 wird z. Zt. eine zweite, diesmal sehr viel größere Pilotstudie mit jeweils 30-50 Praxen pro Land durchgeführt. Die ersten Ergebnisse sollen im Frühjahr 2004 auf einem internationalen Workshop diskutiert werden. Die Resultate einer internationalen Länder-Vergleichsstudie werden im Januar 2005 in Berlin einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Parallel zu diesen internationalen Aktivitäten wird die Entwicklung in Deutschland soweit vorangetrieben, dass im ersten Quartal 2004 die Breitenimplementierung starten kann.

Die Philosophie von EPA in Stichworten:

- **Grundkonzept ist der Qualitätskreislauf⁹**. 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**: Sicht von Praxisinhaber(n), Mitarbeitern, Patienten.
- **EPA ist indikatorenbasiert** (nicht „handbuchgestützt“)¹⁰.
- **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.
- EPA ist eine **europäische Initiative** und berücksichtigt **internationale Entwicklungen**.
- **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)¹¹ und zur Mitarbeiterbefragung eingesetzt.

⁸ vgl. Literaturliste

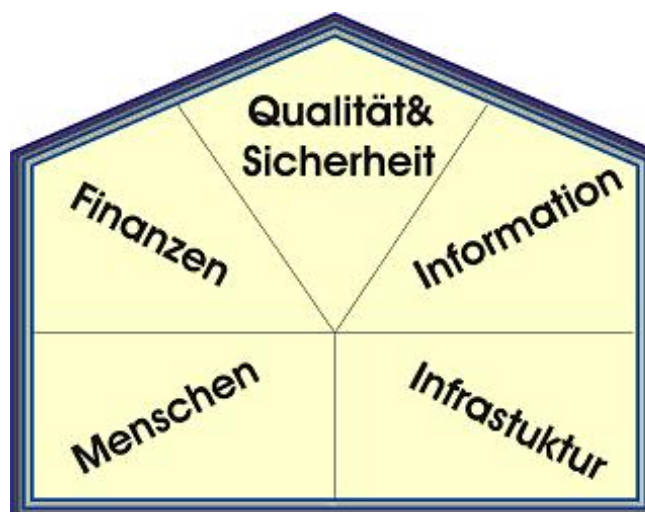
⁹ äquivalent z. T. auch als Qualitätsspirale, QM-Kreislauf, PDCA-Zyklus oder DEMING-Wheel bezeichnet

¹⁰ vgl. Schneider, Broge, Szecsenyi 2003

- Das Modell ist leicht umsetzbar und beeinträchtigt den Praxisablauf kaum.
- Die **edukative Unterstützung des internen Qualitätsmanagements** 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)¹²
- Das Modell ist später problemlos erweiterbar um **medizinische Indikatoren, Risiko-Management, und Fehlermanagement**.
- Es ist als Baustein für **Fortbildungsnachweis und Re-Zertifizierung** der Berufsausübung nutzbar.
- und **kompatibel zu Qualitätszirkeln und Disease-Management-Programmen**.
- 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 erlaubt auch ein **sofortiges Feedback** während der Teambesprechung am Visitationstag.
- EPA ist weitgehend **komplementär zu anderen QM-Verfahren** (ISO, EFQM, KTQ, BSC).

EPA unterscheidet zunächst fünf große Themenbereiche der Qualität, sog. „Domänen“: Infrastruktur, Menschen, Informationen, Finanzen sowie Qualität und Sicherheit. Diese Domänen bilden bildlich das Gedankengebäude für die Entwicklung einer Hausarztpraxis (vgl. Abb. 1). Innerhalb der Domänen gibt es insgesamt 26 Unterthemen, sog. Dimensionen, welche durch 168 Indikatoren gebildet 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



¹¹ vgl. Klingenberg, Bahrs, Szecsenyi 1999

¹² vgl. Bahrs, Gerlach, Szecsenyi, Andres 2001

Tabelle 1: EPA – Domänen, Indikatoren, Items

Domänen	Dimensionen (N=28)		Indikatoren (Beispiel) N=168; Items N=413
1. Infrastruktur	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
2. Menschen	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 MA fühlen sich ermutigt, Anregungen zur Verbesserung der Praxis zu geben
	2.5	Perspektive der ärztlichen Mitarbeiter	Ärztl. MA sind zufrieden mit ihren Arbeitsstunden
3. Informationen	3.1	Behandlungsdaten, Patientenakte, Wiedereinbestellung	Umgang mit medizinischen Beratungen am Telefon von nicht-ärztlichem Personal
	3.2	Fachinformationen für Mitarbeiter	Ärzte haben Zugang zu medizinischen Informationsressourcen
	3.3	Geheimhaltung und Unge störtheit	Schutz der Intimsphäre
	3.4	Informationen für Patienten über die Behandlung	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 computergestützt
	3.8	Kommunikation mit anderen Leistungserbringern	Die Praxis verfügt über ein aktuelles Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer
4. Finanzen	4.1	Finanzielle Leitung und Verantwortung	Die Verantwortung für die Finanzverwaltung ist in der Praxis klar definiert
	4.2	Finanzielle Planung (prospektiv)	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
5. Qualität und Sicherheit	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	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

3. Typischer Ablauf von EPA in einer Hausarztpraxis

EPA wurde 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 15.00 Uhr statt. Danach kann der Praxisbetrieb wieder normal weiterlaufen.

Schritte im Rahmen von EPA:

- Anmeldung,
- Auftrag / Vertrag,
- Kontaktaufnahme durch Visitor,
- **Patientenbefragung** (Papier): 75 Patienten,
- **Mitarbeiterbefragung** (online oder Papier): Alle Mitarbeiter der Praxis, inklusive Ärzte,
- **Selbstassessment/Selbstauskunft** (online oder Papier),
- **Visitation**: Begehung mit **Checkliste**,
- **Visitation: Interview** mit verantwortlichem Arzt,
- **Visitation: Teambesprechung**, Feedback, **online-Benchmarking** per „Visotool®“,
- Nach der Visitation: **Schriftlicher Feedbackbericht** an die Praxis („problemorientiertes Praxishandbuch“),
- Nach der Visitation: Praxis kann sich 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.
- Innerhalb von drei Monaten nach Visitation: Besprechung im Qualitätszirkel oder Workshop (peer review);
- Danach: weitere kontinuierliche Umsetzung: Werkzeuge und Materialien, Checklisten auf Webseite, weiteres **bedarfsorientiertes Feedback** mit „Visotool®“.
- Mit der Anmeldung zum Zweitassessment erfolgt eine Selbstauskunft darüber, welche Veränderungen in der Praxis umgesetzt wurden. Diese Angaben werden dann bei der nächsten Visitation überprüft.

4. 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®“,
- Interview mit dem verantwortlichen Arzt, Festlegung der Themen der Teambesprechung,
- Durchführung der Teambesprechung, Diskussion des Feedbacks mit Hilfe des Programmpaketes „Visotool®“ 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 ausfüllen und um akkreditiert werden zu können, 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 2tägigen EPA-Einführungsseminar erfolgreich teilgenommen haben. Zum Inhalt des Trainings gehören: Methoden der Qualitätsförderung in der Hausarztpraxis, Kommunikation mit dem Praxisteam, Arbeit mit „Visotool[®]“, 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, oder zweimal jährlich an einem Qualitätszirkel der EPA-Visitoren.
- Mindestens 10 Visitationen pro Jahr durchführen (bzw. 30 in drei Jahren, flexible Handhabung).

Die Einführungsseminare für die Visitoren werden zunächst kostengünstig angeboten. In einem zweiten Schritt wird ein „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 (ggf. mit regionaler Unterstützung z.B. durch Hausärzterverband oder KVen). Einerseits soll dadurch die Professionalisierung der Visitoren unterstützt werden, andererseits sollen kostengünstige dezentrale Angebote mit geringen Fahrzeiten geschaffen werden. Auf jeden Fall soll im Rahmen von EPA auch eine kontinuierliche Qualitätsförderung der Visitorentätigkeit umgesetzt werden.

5. 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:

- „Visotool[®]“-Webseite mit Materialien, kostenlosen Downloads und Downloads, die man gegen geringe Gebühr nutzen kann (z. B. Praxishandbuch);
- Pflege und kontinuierliche Erweiterung einer 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.);
- Mehrwert durch vergünstigte Buch- und Software-Angebote;
- Schaffung eines geschlossenen Diskussionsforums auf der Webseite;
- Praxishelferinnenseite im Web;
- Möglich wäre auch, dass Tools/ Produkte (z.B. Checklisten) von Praxen im Web eingestellt werden;
- „Prämierung“ guter Ideen, wer etwas Nützliches zur Verfügung stellt, bekommt z.B. beim nächsten EPA-Durchgang einen Rabatt;
- Moderatorenmaterialien zur Diskussion von EPA-Ergebnissen in Qualitätszirkeln;
- Workshops für EPA-Praxen;
- Materialien (z.B. Moderationsanleitungen) für Qualitätszirkel;
- Workshops für Helferinnen;
- Qualitätszirkel/Workshops der EPA-Visitoren.

6. Kosten von EPA

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. Es ist deshalb wichtig, auf ein angemessenes und für die Praxen tragbares Kosten-Nutzen-Verhältnis zu achten. Auch diesem Aspekt muss bei der Akkreditierung von QM-Programmen Rechnung getragen werden, um Praxen vor unnötig hohen Preisen zu schützen.

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

Die direkten Kosten durch das Verfahren selbst. Diese betragen, bis zur Vergabe des Zertifikates (welches unabhängig von der Stiftung Praxistest e.V. vergeben wird), 1.750,00 € zzgl. gesetzl. MwSt..

Die indirekten Kosten durch Umsetzung des Verfahrens, insbesondere Arbeitszeit der Mitarbeiter und der Ärzte in der Praxis. Hier gibt es auch bei auf dem Markt befindlichen QM-Verfahren nur ungenaue Schätzungen. Oft wird auf 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 2 Stunden reine Sprechstundenzeit (bei einer 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 aufgrund der fundierten wissenschaftlichen Entwicklung und internationalen Perspektive eine bedeutsame Rolle im Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung in Deutschland einnehmen.

Literatur

AQUA –Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (2003): Das AQUA Qualitätssystem Pharmakotherapie. Göttingen <http://www.aqua-institut.de/pdf/AQUA-SystemPharmako-Vers-10.pdf> (download 15.1.2004)

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

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

Bertelsmann Stiftung (2003). Leitbild. Gütersloh, <http://www.bertelsmann-stiftung.de/medien/pdf/Leitbild.pdf> (download 29.01.2004)

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 (download 15.1.2004)

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(1):48-54.

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

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 (download 15.1.2004)

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.

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.

Szecsenyi 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. Jun;97(3):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 (download 15.1.2004)

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(436):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(3):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. Sep;8(3):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 (im Druck)

Kontakt, weitere Informationen

Informationen über das Projekt „Europäisches Praxisassessment- EPA“

www.praxisassessment.de

Bertelsmann Stiftung

Sigrid Tzyschakoff
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Tel. 05241 81 - 81 463
Fax 05241 81 - 6 81 463
e-mail: sigrid.tzyschakoff@bertelsmann.de
Internet: www.Bertelsmann-Stiftung.de

Informationen über TOPAS-Europe:

www.topas-europe.org

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
Internet: www.aqua-institut.de

Informationen zur Zertifizierung durch die Stiftung Praxistest e.V.

Stiftung Praxistest e.V.
c/o Bertelsmann Stiftung
z.H. Sigrid Tzyschakoff
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Tel: 05241 – 81 81 463
Fax: 05241 – 81 6 81 463
E-Mail: sigrid.tzyschakoff@Bertelsmann.de
Internet: www.praxistest.de