

# Zwischen Qualitätskontrolle und Qualitätsförderung: 25 Jahre EQuiP (1991–2016)

## *Between Quality Assurance and Quality Improvement: 25 Years of EQuiP (1991–2016)*

Guido Schmiemann<sup>1,5</sup>, Adrian Rohrbasser<sup>2,5</sup>, Ulrik Bak Kirk<sup>3,5</sup>, Jochen Gensichen<sup>4,5</sup>

**Zusammenfassung:** EQuiP ist Teil des Netzwerkes von WONCA Europa. Aus Anlass des 25jährigen Jubiläums werden in diesem Artikel die wichtigsten Entwicklungsschritte und Ergebnisse des Netzwerkes dargestellt. Neben einer Übersicht der Entwicklung von wichtigen Werkzeugen, Methoden, Produkten und Forschungsprojekten rund um das Thema wird der Spagat zwischen einer statischen Qualitätskontrolle und einem dynamischen Prozess der Qualitätsförderung gewürdigt.

*Schlüsselwörter:* Qualitätsförderung; Patientensicherheit; Netzwerk

**Summary:** EQuiP is an organisation within the WONCA Europe network. In light of its 25th anniversary the most important steps in the development will be presented in this article. Furthermore the results achieved, products developed within the network and research projects linked to EQuiP will be shown. The main topic in the history is the balancing act between a more static quality assurance and a dynamic process of quality improvement.

*Keywords:* quality improvement; patient safety; network

### Einführung

EQuiP (European Society for Quality and Safety in Family Practice) ist ein Netzwerk innerhalb von WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) und beschäftigt sich mit den Themen Qualitätsförderung und Patientensicherheit. EQuiP wurde 1991 von Professor Richard Grol aus den Niederlanden gegründet und geleitet. Ziel war es, gemeinsam mit führenden hausärztlichen Forschungseinrichtungen Werkzeuge und Methoden zur Qualitätsförderung in der hausärztlichen Praxis zu entwickeln. In diesem Jahr feiert EQuiP seinen 25. Geburtstag. Eine gute Gelegenheit für einen Rückblick und Ausblick auf die Entwicklung von

Qualität und Sicherheit in der europäischen Hausarztmedizin. In Bezug auf die Entwicklung von EQuiP können drei unterschiedliche Schaffensphasen unterschieden werden:

- Produktionsphase (1991–2006)
- Reflexionsphase (2006–2011)
- Netzwerkphase (seit 2011)

### Produktionsphase (1991–2006)

Diese erste Phase von 1991–2006 war gekennzeichnet durch die Schaffung von universell einsetzbaren Tools („one size fits all“), die geeignet sind, die Qualität in der hausärztlichen Gesundheitsversorgung zu erfassen und zu verbessern. Die Entwicklung konzentrierte sich dabei auf Instrumente zur Evaluation aus

der Patientenperspektive sowie zur Beurteilung der Organisation in einem Top-down-Prozess.

### EUROPEP

Als erstes EQuiP-Produkt dieser Phase entstand EUROPEP (EUROPEan Patients Evaluate Patient Care), ein international erprobtes, validiertes Instrument zur Beurteilung von Arztpraxen durch Patientinnen und Patienten. Die im EUROPEP berücksichtigten Aspekte sollten in erster Linie die Prioritäten des Patienten in Bezug auf die Qualität der Praxis berücksichtigen. Diese Prioritäten wurden daher zunächst in einer systematischen Übersicht [1] sowie einer Befragungsstudie [2] in acht Ländern (Norwegen, Schweden, Dänemark, Großbritannien, Niederlande, Deutschland, Portugal

<sup>1</sup> Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

<sup>2</sup> Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Wil, Schweiz; DPhil Student Department of Continuing Education, University of Oxford

<sup>3</sup> Universität Kopenhagen, Dänemark

<sup>4</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Friedrich-Schiller-Universität Jena

<sup>5</sup> EQuiP-Delegierte

DOI 10.3238/zfa.2016.0367-0370

und Israel) ermittelt. Diese Entwicklung erlaubt EUROPEP einen internationalen Vergleich der Qualität in europäischen Praxen. Darüber hinaus ermöglicht das Instrument den Vergleich der hausärztlichen Versorgung über unterschiedliche Gesundheitssysteme hinweg.

### Maturity Matrix

In den ersten Jahren des neuen Jahrtausends beteiligte sich EQuIP an der Entwicklung der International Family Practice Maturity Matrix (IFPMM). Bei der Maturity Matrix handelt es sich um ein Assessment-Instrument zur Selbstbewertung der Praxis, das zwischen 1996 und 2003 von Glyn Elwyn und Kollegen mit Beteiligung der EQuIP-Mitglieder entwickelt wurde [3]. Das IFPMM-Werkzeug entspricht einer Reifematrix. Dabei wird der Grad der Umsetzung verschiedener organisatorischer Dimensionen wie Verschreibungsverhalten, Dokumentation, Organisationsstruktur auf Basis vorabdefinierter Kriterien dargestellt. Im Assessment bewerten alle Teammitglieder den Grad der Umsetzung der organisatorischen Dimensionen und diskutieren ihre Bewertung im Team [4]. Die Matrix macht deutlich, dass die Qualifikationen des einzelnen Grundversorgers nur eine Dimension der Qualität ausmachen. Die Qualität der Versorgung sollte sich idealerweise an einem Modell orientieren, in dem die Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität beteiligt sind [5].

### Europäisches Praxisassessment (EPA)

Zwischen 2002 und 2005 wurde EPA als weiteres Instrument geschaffen. EPA baut auf der Erhebung einer Vielzahl von Indikatoren auf und kann als Instrument zur Akkreditierung hausärztlicher Praxen in Deutschland und der Schweiz eingesetzt werden, um der gesetzlich geregelten Verpflichtung zur Qualitätssicherung in Praxen nachzukommen [6]. EPA misst Indikatoren zu Domänen der Infrastruktur, der Patientenperspektive und der Qualität und Sicherheit. Das System bietet konkrete Vorschläge zur Verbesserung unter anderem im Umgang mit Patientenbeschwerden sowie zur Einführung von Recall- und Fehlermeldesystemen. Die Struktur der Indikatoren erlaubt einen

sofortigen Vergleich mit anderen Praxen bezüglich möglicher Verbesserungen. Zentraler Bestandteil bei EPA ist der Besuch durch eine/n Visitor/in. Dieser Besuch unterstützt die Praxisteams, ihre eigene Qualität darzustellen und Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und umzusetzen.

### Reflexionsphase (2006–2011)

Bedingt durch den Weggang zahlreicher Akteure der ersten Stunde fehlten während dieser Phase inhaltliche und organisatorische Strukturen. Im Jahre 2007 wurde Tina Eriksson nach Richard Grol, Joachim Szecsenyi, Martin Marshall zur 4. Präsidentin gewählt. Unter ihrem Vorsitz wurden die bisherigen Leistungen kritisch reflektiert und die Basis für eine langsame und stetige Umstrukturierung der Organisation gelegt.

In der Qualitätsentwicklung verschob sich der Fokus von individuellen, praxisbasierten Ansätzen zu Gesundheitssystem basierten Ansätzen und Implementierung von Veränderungen. Dieser neue Trend erforderte eine Reihe von Werkzeugen, die geeignet waren, Ziele festzulegen, Veränderungen einzuführen und die Umsetzung zu kontrollieren. Dies erfolgt durch die Anwendung des PDCA (Plan – Do – Check – Act)-Zyklus. Die Erhebung von Daten aus der Praxissoftware oder anderen Quellen sowie die Reaktion auf die erhobenen Werte gewannen an Bedeutung. Die Umsetzung und Nutzung dieser Daten beinhalteten allerdings einen Balanceakt: auf der einen Seite das Bestreben, Hausärzte und ihre Patienten an definierten Zielen mittels Qualitätsindikatoren zu messen und eine politisch gewollte Transparenz zu schaffen, auf der anderen Seite das hohe Gut der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung und der damit verbundenen Datenschutz und Anonymität.

An der 6. EQuIP Konferenz in Kopenhagen 2011 stand das Thema „Pay-for-Performance“ im Mittelpunkt. Unter dem Titel „Value for Money in General Practice – Management and Public Trust“ gab es eine Vielzahl von Veranstaltungen und Postern sowie eine eindrucksvolle Diskussionsrunde mit Iona Heath und Jose Braspening zum Für und Wider des Konzeptes „Pay-for-Performance“.

In den folgenden Jahren beschäftigte EQuIP sich mit dem Thema „Professionelle Kompetenz“. Von Dezember 2010 bis Ende 2012 war EQuIP als Projektpartner am EU-geförderten lebenslangen Lernen der Grundversorger *inGPimQI* (innovative lifelong learning of European General Practitioners in Quality Improvement supported by information technology) beteiligt. Ziel des Projektes war ein „training in quality improvement“. Die Forschungsgruppe um EQuIP entwickelte IT-gestützte Werkzeuge, die von Lehrern und Hausärzten gleichermaßen genutzt werden können. Neben einem theoretischen Rahmengerüst [7] wurden ein elektronisches Handbuch zur Umsetzung, und Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie und Diabetes mellitus entwickelt [8].

Im gleichen Zeitraum wurde die *EQuIP Summer School* als Konzept verabschiedet. Sie bildet eine Lern- und Austauschplattform zum Thema Forschung in und um Qualität in der Grundversorgung. Die Schulungen finden regelmäßig in englischer und französischer Sprache statt.

### Vernetzungsphase (seit 2011)

Die jüngste Phase begann im April 2011 und dauert bis heute an. Zu Beginn unterschied sich Organisationsstruktur von anderen bereits bestehenden Netzwerken innerhalb WONCA Europa dadurch, dass jedes Land zwei Delegierte als Vertreter ihres Fachverbandes (der DEGAM) ernannte. Nach intensiven Diskussionen wurden die Statuten geändert und EQuIP öffnete sich für verschiedenste Interessengruppen. Seit 2013 können Individuen und Organisationen ohne Vorbedingungen die Mitgliedschaft erwerben.

Der Schwerpunkt verlagerte sich von der Entwicklung einzelner Produkte auf die Zusammenarbeit und Einbeziehung von Mitgliedern der Interessengruppen zu einem spezifischen Thema. Damit sollte eine stärkere Orientierung an der Basis ermöglicht werden. Beispielhaft für diese Entwicklung ist ein Forschungsprojekt zu „patient empowerment“, das von EQuIP eingeworben werden konnte. Empowerment und die Befähigung dazu (promotion of patient empowerment and self-care) ist als 12. Kernkriterium in die WONCA Definiti-

**PD Dr. med. Guido Schmiemann, MPH ...**



... ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Versorgungsforschung im Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Parallel arbeitet er in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Verden (Aller). Er ist Sprecher der Sektion Qualitätsförderung der DEGAM.

on Hausärztlicher Versorgung 2011 aufgenommen worden [9]. Das Projekt wurde von 2012–2015 durchgeführt und offiziell während der WONCA-Europäer-Konferenz in Istanbul 2015 der Öffentlichkeit vorgestellt. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde auf Grundlage eines Literaturreviews ein Online-Trainingskurs zum Motivierenden Interview entwickelt sowie eine Online-Datenbank erstellt, die eine Sammlung relevanter Werkzeuge enthält.

Die Sicherheit der Patienten in der Grundversorgung gilt als Kernkompetenz der Allgemeinmediziner. Die Prozesse im Gesundheitswesen erfüllen die Kriterien eines Hochrisikobereichs. Wichtige Beispiele sind hier die Qualität der Diagnose, Vermeiden von Patientenverwechslung, Vermeiden von Fehlern bei Medikamentenabgabe oder Impfungen sowie Versagen der elektronischen Systeme mit Gefährdung von Patienten [10]. Ziel ist es, nicht eine Größe als Maß der Sicherheit zu identifizieren, sondern Messungen lokalen Verhältnissen und Umständen anzupassen, und Praktikern die Entwicklung solcher Messgrößen zu überlassen [11].

In einem weiteren Projekt beschäftigt sich EQuIP mit dem Thema des „zweiten Opfers“. Darunter werden die Konsequenzen von Behandlungsfehlern für das medizinische Personal (zweites Opfer) oder auch die Angehörigen (drittes Opfer) verstanden. Zurzeit fehlen angemessene Strategien für den Umgang und die Unterstützung dieser Opfer. Gleiches gilt für geeignete Bewältigungsstrategien, um das Risiko für die

Patientensicherheit durch überlastete, erschöpfte Hausärzte und Praxispersonal zu minimieren. Diese Opferrollen sind häufige Ursachen von Angst und Vertrauensverlust in die eigene Kompetenz und führen häufig zu einem Berufswechsel [12].

Im Jahr 2015 gründete EQuIP eine neue Arbeitsgruppe für Qualitätszirkel unter der Leitung einer der Autoren (AR). In diesem Forschungsprojekt wird untersucht, wie Qualitätszirkel in der Grundversorgung arbeiten und welche Voraussetzungen deren Arbeit hindern oder fördern. Es ist ein Beispiel dafür, dass nicht immer neue Werkzeuge entwickelt werden müssen, sondern es vielmehr eines umfassenden Verständnisses bedarf, wie die zur Verfügung stehenden Werkzeuge funktionieren und welche Voraussetzungen für ein Gelingen notwendig sind. Das Thema Qualitätszirkel war der Schwerpunkt des EQuIP-Treffens 2015 in Fischingen (Schweiz). Die Hauptvorträge wie auch viele weitere Materialien dieses Treffens stehen auf der EQuIP-Homepage zum Download zur Verfügung.

**Die Zukunft der Qualitätsförderung und die Rolle von EQuIP**

Die Zukunft der Qualitätsförderung muss für die relevanten Interessenvertreter einen Mehrwert schaffen im schwierigen Umfeld zwischen politischen Regelungen und den Erwartungen der Patienten. Einführung von Regelungen und eine nachfolgende Zentralisierung kann zu schlechterer Quali-

tät im Gesundheitswesen führen, wenn das Erfassen von Daten, Umsetzung von Guidelines, Praxis Akkreditierungssysteme und Initiativen zur Patientensicherheit die Arzt-Patienten-Beziehung stören. Es gilt ein Gleichgewicht zu finden zwischen diesen beiden Polen, um der Gefahr der Ermüdung in der Grundversorgung vorzubeugen.

EQuIP und ihr gesamtes und stetig wachsendes Netzwerk wird eine wichtige Rolle spielen in einer werteorientierten Qualitätsentwicklung. Im Mai 2016 hatte EQuIP 89 engagierte Mitglieder aus 25 europäischen Ländern. Jährlich wird im Frühjahr eine themabezogene Konferenz organisiert, zu denen Experten und interessierte Netzwerke eingeladen werden, und die Öffentlichkeit Zugang hat. Qualitätsentwicklung muss von der Basis ausgehen und wir alle sind deshalb gefordert, uns aktiv an den Diskussionen zu beteiligen. EQuIP bietet Gelegenheit sich mit Fachleuten an Konferenzen auszutauschen, als Mitglieder in den Gremien aktiv mitzuarbeiten oder sich in einer Summer School einem Qualitätsprojekt zu widmen.

Für die DEGAM nehmen Jochen Gensichen und Guido Schmiemann als Delegierte an den EQuIP Treffen teil. Für weitere Fragen stehen beide Autoren gerne zur Verfügung.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Korrespondenzadresse**

PD Dr. med. Guido Schmiemann, MPH  
Institut für Public Health und  
Pflegeforschung  
Abteilung 1: Versorgungsforschung/  
Department for Health Services Research  
Universität Bremen  
Grazer Straße 4  
28359 Bremen  
Tel.: 0421 218 688-15  
schmiemann@uni-bremen.de

## Literatur

1. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998; 47: 1573–88
2. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)*. *Fam Pract* 1999; 16: 4–11
3. Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, et al. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 287–94
4. Edwards A, Rhydderch M, Engels Y, et al. Assessing organisational development in European primary care using a group-based method: a feasibility study of the Maturity Matrix. *Int J Health Care Qual Assur* 2010; 23: 8–21
5. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality management in the NHS: the doctor's role – II. *BMJ* 1992; 304: 304–8
6. Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 2011; 183: E1326–33
7. Czabanowska K, Klemenc-Ketis Z, Potter A, et al. Development of a competency framework for quality improvement in family medicine: a qualitative study. *J Contin Educ Health Prof* 2012; 32: 174–80
8. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract* 2014; 20: 253–9
9. Mola E. Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract* 2013; 19: 128–31
10. Rubin G, George A, Chinn D, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 443–7
11. Vincent C, Esmail A. Researching patient safety in primary care: now and in the future. *Eur J Gen Pract* 2015; 21 Suppl: 1–2
12. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 341



## 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Tradition wahren – Aufbruch gestalten – Hausärzte begeistern



29. September bis 1. Oktober 2016 in Frankfurt am Main