

Masterarbeit

„Search for excellence or good enough?“

Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen für niedergelassene Ärzte in Deutschland und Österreich, bezogen auf die von den Interessensvertretern KBV und ÖQMed angebotenen Systeme QEP und ÖQM

eingereicht von

Matthias Raith, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Hon. Prof. Dr. Bernhard Rupp, MBA

Wien, 06.02.2017

I. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, am 06.02.2017

Matthias Raith, BSc eh

II. Danksagung

Zunächst möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Zu Beginn möchte ich meinem Betreuer, Herrn Hon. Prof. Dr. Bernhard Rupp, MBA, für die Betreuung meiner Masterarbeit sowie für die Unterstützung bedanken. Ein großes Dankeschön für Ihre Geduld.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich während des gesamten Studiums mit Rat und Tat unterstützt und gefördert haben. Des Weiteren möchte ich auch meiner Freundin Julia danken, die mir während schleppender Phasen immer wieder neuen Antrieb gegeben, und somit einen wesentlichen Teil zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen hat.

Abschließend gilt mein Dank auch meinen Studienkollegen und Freunden, die stets mit Rat und Tat zur Seite standen und neue Blickwinkel in schwierige Themen brachten. Danke für die gemeinsame Zeit, sowohl in als auch außerhalb der Universität.

Inhaltsverzeichnis

I.	Eidesstattliche Erklärung.....	2
II.	Danksagung.....	3
III.	Abkürzungsverzeichnis	6
IV.	Abbildungsverzeichnis	7
V.	Zusammenfassung	8
VI.	Abstract.....	9
1	Einleitung	10
2	Methodik	12
3	Theoretischer Hintergrund	14
3.1	Der Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen	14
3.1.1	Begriffliche Abgrenzungen	17
3.2	Die Interessensvertreter: Österreichische Ärztekammer sowie die deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung.....	18
3.2.1	Organe, Versammlungen und Gremien	19
3.2.2	Gesetzliche Aufgaben und Ziele der ÖÄK und KBV	21
3.3	Gesetzliche Vorgaben und Verordnungen zu Qualitätsmanagement bei NÄ in Österreich	24
3.3.1	Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes- Verfassungsgesetz (B-VG) 2007 Zielsteuerung Gesundheit	24
3.3.2	Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2013 (G-ZG).....	25
3.3.3	Gesundheitsqualitätsgesetz 2004	26
3.3.4	Ärztegesetz 1998, gültige Fassung 2013	27
3.3.5	Qualitätssicherungsverordnung 2012 der ÖÄK	28
3.4	Gesetzliche Vorgaben und Verordnungen zu Qualitätsmanagement bei NÄ in Deutschland.....	30
3.4.1	Sozialgesetzbuch V (SGB V).....	30

3.4.2	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Stand: 27.11.2015)	34
3.4.3	Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV (Stand 22.12.2010)	37
3.5	Zusammenfassender Vergleich der gesetzlichen und normativen Vorgaben in Österreich und Deutschland	41
4	Empfohlene Qualitätsmanagementsysteme der ÖÄK und KBV	42
4.1	Entwicklung der Systeme	42
4.2	Aufbau und Struktur der Systeme	43
4.3	Selbstevaluierung und Überprüfung	48
4.4	Zertifizierung und Kosten	49
4.5	Transparenz der Ergebnisse	50
4.6	Direkte Gegenüberstellung der wichtigsten Eckpunkte von ÖQM und QEP	
	53	
5	Diskussion	57
6	Literaturverzeichnis	61
7	Internetadressen	64
8	Rechtsgrundlagen	64

III. Abkürzungsverzeichnis

AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Art.	Artikel
ÄrzteG	Ärztegesetz
BÄK	Bundes- Ärztekammer
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMfG	Bundesministerin/ Bundesminister für Gesundheit
B-VG	Bundes- Verfassungsgesetz
DIN	Deutsche Industrienorm
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GZG	Gesundheitszielsteuerungsgesetz
ISO	International Organization for Standardization
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
NÄ	Niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖQM	Österreichisches Qualitätsmanagementsystem
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QS-VO	Qualitätssicherungs- Verordnung
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit

IV. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eckpunkte der gesetzlichen und normativen Vorgaben	41
Abbildung 2: Übersicht der Module und Kriterien von ÖQM	44
Abbildung 3: Gegenüberstellung ÖQM und QEP	53

V. Zusammenfassung

Die Sicherung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsqualität bekommt in entwickelten Gesundheitssystemen einen immer höher werdenden Stellenwert. Auch in Österreich und Deutschland wurden die Leistungserbringer auf Basis von neuen gesetzlichen Vorgaben zur Teilnahme an Qualitätsmanagement verpflichtet. Darüber hinaus wurde den jeweiligen Interessensvertretern (ÖÄK und KBV) die Entwicklung und Implementierung von international vergleichbaren Qualitätsmanagementsystemen vorgeschrieben und die Umsetzung durch die Leistungserbringer zu kontrollieren und bewerten.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es herauszufinden, inwiefern sich ÖQM und QEP hinsichtlich Ansatz, Aufbau und Struktur sowie Arbeitsmethodik unterscheiden bzw. worin Gemeinsamkeiten bestehen und inwiefern sich der Ansatz der Qualitätsvorgabe, -messung, -beurteilung durch eine Instanz in den jeweiligen System widerspiegelt.

Diese Aspekte sollten im Rahmen einer Literaturlarbeit abgehandelt werden. Dazu wurde zahlreiche Fachliteratur sowie Forschungsergebnisse zusammengetragen, kritisch beurteilt und miteinander verglichen.

Wie die Ergebnisse der Sekundäranalyse zeigen, sind die größten Unterschiede der Qualitätsmanagementsysteme einerseits auf die unterschiedlichen Positionen der Interessensvertreter ÖÄK sowie KBV sowie andererseits auf die Art der Arbeitsmethodik, dh. wie die Umsetzung bzw. Kontrolle der Vorgaben von den jeweiligen Beteiligten (Interessensvertreter, Auditoren/ Visitoren, Zertifizierungsstellen) durchgeführt wurde, zurück zu führen. Darüber hinaus sind die zur Selbstbewertung eingesetzten Qualitätskriterien, -indikatoren und Items in QEP umfassender als in ÖQM, sowie deren Erreichungslimits höher. Gemeinsamkeiten gibt es hinsichtlich der überbegrifflichen Vorgaben, der verwendeten Instrumente (Selbstbewertung, Audit/ Visitation) sowie der noch freiwilligen Möglichkeit der Zertifizierung nach positivem Abschluss der Implementierung. Die Arbeitsmethodik von QEP lässt sich als transparenter als die von ÖQM einstufen. Auf beiden Seiten gibt es Anzeichen, dass die Anreize bzw. Interessen der Interessensvertreter den Systemen sowie der Arbeitsmethodik der QMS zugrunde liegen.

VI. Abstract

The assurance and further development of quality in ambulatory care has become an increasing role in developed health systems. In Austria and Germany the General Practitioner were obliged on the basis of new legal requirements to participate in quality management. In addition, the legislator required from the main stakeholders (ÖÄK and KBV) the development and implementation of an internationally comparable quality management system and to monitor and assess the implementation.

The aim of the present study was to examine whether ÖQM and QEP differ in approach, organization and structure and working methods or where similarities exist and to what extent the approach of the quality specification, measurement, assessment reflected by an instance in the system.

These aspects should be dealt with as part of a literary work. Numerous literature and research results were compiled, critically evaluated and compared.

The results of the secondary analysis shows, that the main differences of the quality management systems are on the one hand side the influence of the different setting on stakeholders (ÖÄK, KBV) and on the other hand side the working methodology, e.g. how the implementation and assessment of criteria of the respective parties (stakeholders, auditors / visitators, certification authorities) were carried out. Furthermore, QEP allows an extension of quality criteria set, indicators and items for the self-assessment contrary to ÖQM and additionally the achievement limits are higher. Similarities were found at the instruments used (Self-assessment, Audits/ Visitation) and the still voluntary possibility of certification after successful completion of the implementation. The work methodology of QEP can be classified as more transparent as of ÖQM. On both sides are signs that the incentives and interests of the stakeholders (ÖÄK and KBV) influences the systems and the working methods of the QMS.

1 Einleitung

Der Begriff „Qualität“ ist einer der prägendsten im 21. Jahrhundert. Sämtliche Hersteller von Produkten müssen sich an den Wünschen und Forderungen der Konsumenten orientieren, um am Markt bestehen zu können. Doch wie verhält sich das bei Dienstleistungen im Gesundheitswesen, wo Konsumenten als Patienten oder Klienten auftreten, und „nur“ den Anspruch stellen wieder gesund zu werden? Die Qualität von Gesundheitsleistungen rückt immer weiter in den Fokus der Menschen, teilweise mit Hilfe des Internets, meist aber durch Mundpropaganda bspw. den Austausch über gute und schlechte Erfahrungen mit Gesundheitseinrichtungen. Diese Erfahrungen sind subjektiver Natur und entsprechen daher meist nicht der Wirklichkeit.

Um eine objektive Qualitätsbeurteilung, ähnlich wie beim produktorientierten Qualitätsverständnis, durchführen zu können, braucht es objektiv messbare Qualitätsmerkmale (Kriterien und Indikatoren). Diese fehlen den Patienten natürlich, wie auch weitere Hintergrundinformationen. Am ehesten könnte man meinen, dass die Krankenkassen als „Informationsagenten der Versicherten“ zu bezeichnen wären, haben sie doch auch dasselbe Interesse wie die Patienten, schnellstmöglich wieder gesund zu werden. Um die positive Veränderung des Gesundheitszustandes einer Patientin/ eines Patienten als Ergebnis eines Behandlungsprozesses abzubilden, müsste zu Beginn und am Ende des Behandlungsprozesses der Gesundheitszustand genau erhoben und dokumentiert werden. Zusätzlich müssten alle Einflussfaktoren, die neben dem Behandlungsprozess auf das Ergebnis Einfluss nehmen, bestimmt und isoliert werden. Darüber hinaus müssen die Ergebnisse mit einem Maßstab für gute Qualität in Relation gesetzt werden, um die Qualität des Behandlungsprozesses beurteilen zu können. Dies kann je nach Behandlungsprozess bzw. Diagnose sowie Therapieauswahl unterschiedlich sein, wodurch sich ein Aufwand (Kosten)/ Nutzen Dilemma ergibt, welches soweit führt, dass aufwändige und teure Beurteilungsprozess nicht durchgeführt werden sondern nur die günstigen. Aber nicht nur Kosteneinsparungen können ein Anreiz dafür sein, den einfacheren Weg zu gehen. Auch Reputationsmechanismen für Einzelne sowie auch für die Gruppe (z.B. niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte) können einen Anreiz bieten, einen durchschnittlichen Qualitätsmaßstab als Standard festzulegen. Ungeachtet der Anreizmechanismen, ist es maßgeblich wer die Kriterien vorgibt,

kontrolliert und bewertet. Dazu gibt es unterschiedliche Ansätze, die Leistungserbringer selbst, neutrale Dritte oder die Krankenkassen. (Vgl. Mühlenkamp 2006)

Diese Ansätze werden in den Qualitätsmanagementsystemen „Österreichisches Qualitätsmanagementsystem“ auf Seite der Leistungserbringer (ÖQMed) und „Qualität und Entwicklung in Praxen“ auf Seite der Krankenkassen und neutralen Dritten (KBV) aufgegriffen. Darüber hinaus wird die Verwendung dieser Systeme den NÄ in Österreich (ÖQM) und Deutschland (QEP) durch ihre Interessensvertreter ÖÄK sowie KBV dringend empfohlen.

Die vorliegende Masterarbeit vergleicht die Qualitätsmanagementsystemen ÖQM und QEP und beleuchtet dabei Vorgaben der jeweiligen Interessensvertreter, die sich aus der zugrunde liegenden Rechtslage ableiten lassen, Aufbau und Struktur sowie Arbeitsmethodik der Qualitätsmanagementsysteme ÖQM und QEP.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen, die für Frauen und Männer gleichermaßen gültig sind:

1. Inwiefern unterscheiden sich ÖQM und QEP hinsichtlich Ansatz, Aufbau und Struktur sowie Arbeitsmethodik voneinander und worin bestehen Gemeinsamkeiten?
2. Inwieweit spiegeln sich die oben erwähnten Ansätze der Interessensvertreter in den jeweiligen Qualitätsmanagementsystemen wider?

2 Methodik

Dieses Kapitel erläutert die angewandte Methodik zur Erstellung der vorliegenden Arbeit. Dabei handelt es sich um eine Literaturrecherche, genauer genommen um eine Sekundäranalyse. Darunter versteht man die Auswertung bereits vorhandener Literatur unter einer neuen Fragestellung. Einleitend wird die Literaturrecherche in den unterschiedlichen Datenbanken beschrieben. Anschließend wird auf die Kriterien zur Auswahl der relevanten Literatur eingegangen.

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum im August bis Dezember 2013 durchgeführt. Dazu wurde in den Datenbanken CINAHL, PUBMED sowie OVID-SP anhand folgender Suchbegriffe gesucht: quality assurance, quality efforts, quality criteria, quality management, general practitioner, self assessment und stakeholders. Um die gefundene Literatur besser eingrenzen zu können, wurden die Suchbegriffe mit den Bool'schen Operatoren AND und OR verknüpft. Anfangs wurde eine zeitliche Limitation von 5 Jahren gesetzt, diese wurde jedoch aufgrund zu geringer Ergebnisse wieder verworfen. Des Weiteren wurde eine Limitation über die Verfügbarkeit der Abstracts und Artikel in englischer und deutscher Sprache gesetzt. Da das Thema rund um Qualität bei NÄ noch ein sehr junges ist, wurde die Literaturrecherche auf die Zeitschriften- und Bibliothekskataloge der Medizinischen Universität Graz, der Karl-Franzens Universität sowie der Fachhochschulen Joanneum Graz und Kapfenberg erweitert. Darüber hinaus wurde nach dem Schneeballprinzip anhand von Referenzlisten bereits gefundener Literatur nach weiteren relevanten Artikeln gesucht. Abschließend wurde im Internet in der Suchmaschinen Google Scholar sowie auf den Internetseiten der Interessensvertretungen sowie Fachorganisationen nach relevanter Literatur gesucht.

Die Literaturrecherche in den Datenbanken ergab 108 Treffer und diese wurden Anhand der Themenrelevanz von Titel und Abstract überprüft. Studien, die sich trotz Keywords auf das Setting Krankenhaus bezogen wurden ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden jene Studien, die sich im Titel auf Qualitätsaktivitäten bei NÄ bzw. bei deren Interessensvertretungen in Österreich sowie Deutschland bezogen. Bei der Bewertung der Abstracts wurde darauf geachtet, in welchem Zusammenhang Qualitätsaktivitäten und NÄ bzw. deren Interessensvertreter stehen und ob es sich um Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. zum

Qualitätsmanagement handelt. Da diese Basis für eine wissenschaftliche Arbeit noch nicht ausreichend war, wurde die Datenrecherche auf wissenschaftliche Fachzeitschriften und auf themenrelevante Internetseiten ausgeweitet. Dadurch konnte eine Datenbasis erzielt werden, um die Fragestellung ausreichend beantworten zu können.

3 Theoretischer Hintergrund

Der erste Abschnitt dieser Arbeit dient dazu, die Besonderheit des Qualitätsbegriffes im Kontext Gesundheitswesen aufzuzeigen. Darüber hinaus ist es sinnvoll, die strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen darzulegen, um mögliche Hintergründe des (Nicht-) Handelns von NÄ sowie Interessensvertretern nachvollziehen zu können.

3.1 Der Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen

Der Begriff „Qualität“ wird im allgemeinen Sprachgebrauch mit einer Eigenschaft eines Gegenstandes assoziiert und kann dadurch relativ einfach überprüft werden. Im Kontext Gesundheitswesen muss man differenzieren auf was sich Qualität bezieht. In der Deutschen Industrienorm (DIN EN ISO 9000:2005) wird Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ definiert. (Vgl. Deutsches Normungsinstitut 2005) Demnach ist etwas nur dann von Qualität, wenn die Erfüllung von Merkmalen nachgewiesen werden kann. Ob und wann ein Merkmal als erfüllt anzusehen ist, hängt maßgeblich vom Betrachter ab. So kann ein Laie bspw. einfache Qualitätsunterschiede in der Ausstattung (z.B. das Alter der medizintechnischen Geräte) von Arztpraxen noch objektiv bewerten, im Gegensatz zur Qualität der ärztlichen Behandlung. Ärztliche Behandlungen sind als Dienstleistung anzusehen und somit spricht man von Dienstleistungsqualität, die zwar auch objektiv bewertbare Aspekte wie bspw. die Qualifikation eines NÄ beinhaltet, aber die grundsätzlich subjektiv von jedem Patienten individuell bewertet wird. (Vgl. Bornewasser 2014, Frank 2005, Lauterbach 2010)

Das Qualitätsverständnis im Gesundheitswesen beruht weitgehend auf Avedis Donabedian 1966, der Qualität erstmals in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kategorisierte. (Vgl. Baartmans 2000)

Die Strukturqualität bezieht sich auf die materielle, bauliche, methodische, technische und auch finanzielle Ausstattung sowie auf das Qualifikationsniveau des Personals einer Gesundheitseinrichtung. Unter anderem zeigt sie auf, welche Ausbildungen und Erfahrungen formaler Art erforderlich sind, um bestimmte Therapie- oder Diagnosemaßnahmen ausführen zu dürfen. Vorgaben dazu werden

in den Richtlinien der vertragsärztlichen Versorgung festgehalten und ihre Erfüllung kann anhand von Zeugnissen und Kursbestätigungen nachgewiesen werden. (Vgl. Frank 2005)

Unter Prozessqualität wird die Qualität der Leistungserbringung verstanden, d.h. wie reibungslos der Behandlungsprozess verläuft. Entscheidend dafür sind der Prozesstyp und die Abstimmung der Teilprozesse innerhalb der Leistungserbringung. Die Prozesstypen werden in Kernprozesse, die direkt wertschöpfend sind, Hilfsprozesse, die Kernprozesse unterstützen, und Führungsprozesse, die auf strategisches Handeln und die leitende Funktion von NÄ ausgerichtet sind, unterschieden. Je nach Prozesstypus sind unterschiedliche Personen involviert und dadurch ergibt sich ein breites Spektrum an unterschiedlichen Ablaufkonstellationen. (Vgl. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2009)

Die Ergebnisqualität gilt als das Resultat von Struktur- und Prozessqualität und bildet die Grundlage für die Evaluation des Leistungsprozesses. Durch den Einfluss von Struktur- und Prozessqualität auf Ergebnisqualität lässt sich durch bewusste Maßnahmensetzung das Ergebnis bis zu einem gewissen Grad optimieren, jedoch führt gute Struktur- und Prozessqualität nicht automatisch zu guter Ergebnisqualität. Aufgrund der Komplexität von ärztlichen Behandlungen ist die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zwar von theoretischem Interesse, jedoch ist eine exakte Trennung in diese Dimensionen in der Praxis oftmals nicht zielführend. (Vgl. Nüllen 2007, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2009, Gerlach 2001)

Donabedian (1980) schlug dazu die Unterscheidung der Qualität der ärztlichen Versorgung in drei Teilbereiche, die sich gegenseitig beeinflussen, vor:

- Die technische Qualität setzt sich aus dem Einsatz wissenschaftlicher Erkenntnisse, Methoden und Technologien zur Erhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes zusammen. Im Idealfall würde das bedeuten, dass behandelnden Ärzten, idente, dem aktuellsten Stand der Wissenschaft entsprechende Möglichkeiten der Versorgung zur Verfügung stehen.
- Die Qualität der persönlichen Beziehung umfasst nicht nur die direkte Arzt-Patienten Interaktion, sondern schließt alle in der Ordination angestellten Personen mit ein. Die Empathie, Sensibilität und das Verständnis des gesamten Teams sind qualitätsbestimmend.

- Die Umgebungsqualität bezieht sich auf die räumlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die Behandlung ausüben. Das bedeutet, dass bei einer medizinisch- fachlich ausgezeichneten Ärztin/ einem medizinisch- fachlich ausgezeichnetem Arzt, zusätzlich die Erreichbarkeit oder die Länge der Wartezeiten von Bedeutung sind. (Vgl. Gerlach 2001)

Qualität ist auch immer eine Frage der Perspektive bzw. des Betrachters. Patienten haben als vordergründiges Ziel die Gesundheit wieder zu erlangen und folglich geht die Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg einher. Des Weiteren sind für sie die medizinischen Fähigkeiten einer Ärztin/ eines Arztes, die Erreichbarkeit sowie Art, Ausstattung und Organisation der Praxis von Bedeutung. Leistungserbringer, wie NÄ, versuchen primär die Effektivität ihrer Leistungen zu steigern. Kostenträger legen vor allem auf die Effizienz der Leistungen wert, jedoch sind sie keine homogene Gruppe mit gleichgerichteten Interessen und Prioritäten. (Vgl. Frank 2005) Die Vielfalt der Trägerschaft ist in Österreich wie auch in Deutschland hoch. Auf gesundheitspolitischer Ebene, beim Aufeinandertreffen von Leistungserbringer und Kostenträger, führt sich dies fort, wenn es darum geht *wer* definiert *was* Qualität ist, *wie* diese *wo* gesichert werden sollte, *wann* Qualität als erbracht gilt und *wie viel* Qualität kosten darf. (Vgl. Gerlach 2001)

Diese unterschiedlichen Perspektiven spiegeln sich auch im System der Sichtweisen des Qualitätsbegriffes von Garvin (1984) wider. In der transzendenten Sichtweise wird Qualität als absolut, jedoch nur durch Erfahrung universell erkennbar beschrieben. Dies entspricht dem Selbstverständnis der Ärztin/ des Arztes immerzu hohe Qualität zu liefern. Nach produktbezogener Sichtweise verkörpert Qualität messbare Eigenschaften eines Produktes bzw. einer Dienstleistung. Diese Sichtweise spiegelt sich in Qualitätsmanagementsystemen wider. Nach prozessbezogener Sichtweise ist Qualität die Übereinstimmung von Ergebnis und Einzelprozess. Zu dieser Sichtweise zählt die Optimierung von Prozessabläufen in Ordinationen. Die ökonomische Sichtweise stellt die erbrachte Leistung und den Mitteleinsatz gegenüber. Hieraus ergeben sich Überlegungen zur Leistungsdichte und zur Vergütung. Die anwenderbezogene Sichtweise besagt, dass die Kundin/ der Kunde die Qualität bestimmt. In dieser Sichtweise werden medizinische Leistungen als Vertrauensgüter benannt, welche auch nach Erwerb bzw. Verwendung nur sehr schwer oder gar nicht von Patienten bewertet werden

können. (Vgl. Nüllen 2007) Da die meisten Definitionen und Grundverständnisse von Qualität mit einer oder mehreren Sichtweisen in Verbindung gebracht werden können, wird auch deutlich, dass sich die Schwerpunkte bei der Messung und Bewertung der Qualitätsdimensionen sowie auch die Konzepte zur Sicherstellung von Qualität je nach Perspektive unterscheiden können. (Vgl. Oppen 1995)

3.1.1 Begriffliche Abgrenzungen

Der Begriff Qualität wird vom Autor gemäß der Definition von DIN EN ISO 9000:2005 als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ interpretiert. Des Weiteren ist es sinnvoll die Begrifflichkeiten „Qualitätssicherung“ sowie „Qualitätsmanagement“ abzugrenzen, da diese oftmals fälschlicherweise synonym für einander verwendet werden.

Unter „*Qualitätssicherung*“ versteht man nach DIN EN ISO 9000:2005 einen Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

Als „*Qualitätsmanagement*“ bezeichnet man, aufeinander abgestimmt Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bzgl. Qualität.

Um eine länderübergreifende Vergleichbarkeit zu erreichen, muss eine Definition gewählt werden, die sich in beiden Gesetzeslagen wiederfindet. Daher versteht der Autor unter niedergelassene Ärztinnen/ Ärzten, ausschließlich freiberuflich tätige Ärztinnen/ Ärzte, die in Österreich der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, sowie in Deutschland der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören. (Vgl. Deutsches Normungsinstitut 2005)

3.2 Die Interessensvertreter: Österreichische Ärztekammer sowie die deutsche Kassenärztliche Bundesvereinigung

In Österreich fungiert die ÖÄK auf Bundesebene als Dachverband der neun Landesärztekammern und vertritt die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen aller in Österreich tätigen Ärztinnen/ Ärzte. Dabei werden die operativen Aufgaben durch die Landesärztekammern und die strategischen Entscheidungen durch den Dachverband durchgeführt. Wird man als Ärztin/ Arzt in Österreich tätig, und erhält die Zulassung, so ist man automatisch kraft Gesetzes Mitglied der jeweiligen Landesärztekammer. Die Mitgliedschaft unterteilt sich je nach Schwerpunkt der ärztlichen Berufsausübung in die Kurie der angestellten sowie die der freiberuflichen Ärztinnen/ Ärzte. Die neun Landesärztekammern sowie auch die Österreichische Ärztekammern sind eigenständige Körperschaften öffentlichen Rechtes und verwalten sich selbst. Die ÖÄK sowie auch die Landesärztekammern unterstehen im eigenen Wirkungsbereich zwar der Aufsicht des BMfG, sind jedoch weisungsfrei und müssen sich seit 1997 lediglich den eingeschränkten Kontrollen des Rechnungshofes unterziehen. (Vgl. www.aerztekammer.at Zugriff: 04.05.2016, ÄrzteG 1998)

In Deutschland hingegen gibt es zwei Institutionen, die die Interessen der Ärzteschaft vertreten. Zum Einen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene, und zum Anderen, die Bundesärztekammer (BÄK) als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Die BÄK vertritt die berufspolitischen Interessen aller Ärztinnen/ Ärzte in Deutschland und dient als organisatorischer Zusammenschluss und Arbeitsgemeinschaft der 17 Landesärztekammern. Die BÄK besitzt im Gegensatz zu ihren Landesärztekammern keine Rechtsfähigkeit, wodurch sie bei politischen Fragestellungen nur beratend tätig wird und keine verbindlichen Entscheidungen treffen kann. Alle Ärztinnen/ Ärzte in Deutschland, egal ob sie den Beruf gerade ausüben oder nicht, sind, ähnlich wie in Österreich, Pflichtmitglieder der jeweiligen Landesärztekammer. Eine Unterteilung in Kurien wie in der ÖÄK gibt es nicht. (Vgl. www.bundesaerztekammer.de Zugriff 05.05.2016)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist die Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und vertritt die Interessen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene. Darüber hinaus organisiert sie die

flächendeckende wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung. Sie entspricht damit der Kurie der niedergelassenen Ärzte in der ÖÄK. Die KBV ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert und untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. (Vgl. www.kbv.de Zugriff: 05.05.2016)

Da sich das Thema der vorliegenden Masterarbeit mit dem ambulanten Bereich auseinandersetzt, konzentriert sich der Vergleich im weiteren Verlauf auf die ÖÄK sowie die KBV, da beide als Interessensvertreter der niedergelassenen Vertragsärzte agieren.

3.2.1 Organe, Versammlungen und Gremien

In der ÖÄK wie auch in der KBV sind Versammlungen von gewählten Vertretern die oberste Entscheidungsinstanz. Die Wahlen laufen anonym und schriftlich ab, und gelten in der Regel für eine gesamte Amtsperiode von 5 Jahren in der ÖÄK sowie 6 Jahren in der KBV. In der ÖÄK ist dies die sogenannte Vollversammlung und in der KBV die Vertreterversammlung. Die Vollversammlung besteht aus min. 12 bis max. 100 gewählten Kammerräten, die für eine 5 jährige Funktionsperiode tätig sind. Die genaue Anzahl der Kammerräte sowie deren Verteilung auf die Kurierversammlungen werden unter Berücksichtigung der Anzahl der Kurienzugehörigkeit der Kammerräte durch die Vollversammlung beschlossen. (Vgl. ÄrzteG 1998)

In Deutschland hat man sich auf ein weniger komplexes Verfahren verständigt, um die 60 köpfige Vertreterversammlung zusammen zu stellen. 34 Mitglieder werden durch die Vorstände sowie einer deren Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt. Weitere 20 sind gewählte Mitglieder die aus dem Kreis der Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen entsandt werden. Die übrigen 6 Mitglieder sind gewählte Mitglieder aus dem Kreis der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Amtsdauer für gewählte Mitglieder liegt bei 6 Jahren. (Vgl. Satzung der KBV 2015)

Im Wahlverfahren der ÖÄK wird zwar auf die Grundsätze des Verhältniswahlrechtes hingewiesen, nicht jedoch ob dies auf die Kurienzugehörigkeit oder Landesärztekammerzugehörigkeit angewendet wird. Es könnte hier der Eindruck

entstehen, dass ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der Vertreter aus großen Landesärztekammern im Verhältnis zu kleinen Landesärztekammern bestehen könnte. In Deutschland ist dies durch die Bestellung der Vorstände sowie einem der Vertreter der Landesärztekammern ausgeglichen und dadurch von keiner großen Bedeutung, weil auch die Anzahl der Vertreterinnen/ Vertreter auf 60 fixiert ist. Da es nur 20 für Ärztinnen/ Ärzte frei wählbare Plätze gibt, kann es hier zu keiner bedeutsamen Mehrheit einer Interessensgruppe kommen. Ein weiterer interessanter Aspekt ist, dass die Vertreterversammlung der KBV zumindest am Papier die „Öffentlichkeit“ nicht aus ihren Sitzungen verbannt. Mit Öffentlichkeit sind hier einfache Mitglieder der KBV bzw. auch Vertreter aus dem Gesundheitswesen oder der Presse gemeint. In Österreich finden die Sitzungen der Vollversammlung hinter verschlossenen Türen statt.

In beiden Organisationen wird der (Kammer-) Vorstand durch die Mitglieder der Voll- bzw. Vertreterversammlung gewählt. In der ÖÄK besteht der Kammervorstand aus Präsidentin/ Präsident, Vizepräsidentin/ Vizepräsident, den Kurienobfrauen/ Kurienobmännern der Kurienversammlungen sowie weiteren gewählten Mitgliedern der Kurienversammlungen. Die Vollversammlung bestimmt die Anzahl der Vorstände die gewählt werden, das sind mindestens 4 bis maximal 26. Die Anzahl muss jedoch immer eine gerade Anzahl sein. In der Eröffnungssitzung des Kammervorstandes werden in getrennten Wahlgängen der Finanzreferent sowie dessen Stellvertreter aus deren Mitte gewählt. Nicht wählbar sind Präsidentin/ Präsident, Vizepräsidentin/ Vizepräsident und Kurienobfrauen/ Kurienobmänner. (Vgl. ÄrzteG 1998)

In der KBV wird der Vorstand durch die Vertreterversammlung per zwei Drittel Mehrheit gewählt, diese dürfen jedoch keine Mitglieder der Vertreterversammlung sein. Der Vorstand besteht grundsätzlich aus zwei Mitgliedern, einer Vorsitzenden/ einem Vorsitzenden sowie deren/ dessen Vertretung, und muss einem der beiden Grundsatz-Ressorts (Hausärztliche oder Fachärztliche Versorgung) zugehörig sein. Die Vertreterin/ der Vertreter muss aus dem jeweiligen anderen Ressort abstammen. Die Finanzangelegenheiten werden durch einen 15 köpfigen Ausschuss, den die Vertreterversammlung per Satzung einzurichten hat, betreut. Die Mitglieder setzen sich aus Vorsitzende/ Vorsitzender der Vertreterversammlung, Stellvertreterin/ Stellvertreter sowie aus weiteren Vorstandsmitgliedern mit Stimmrecht zusammen. Dabei müssen je 5 Mitglieder dem

Kreis der hausärztlichen sowie 5 Mitglieder der fachärztlichen Versorgung angehören. (Vgl. Satzung KBV 2015)

In der Zusammensetzung der Führungsebenen bestehen zwischen der ÖÄK und der KBV grundsätzlich keine Unterschiede, jedoch ist die Anzahl der in der ÖÄK berufenen (Kammer-) Vorstände im Verhältnis zu den von der ÖÄK vertretenen Ärztinnen/ Ärzte (ca. 45.000) im Vergleich zu den von der KBV vertretenen Ärztinnen/ Ärzte (ca. 165.000) wesentlich höher. Des Weiteren gilt es anzumerken, dass die finanziellen Belange der ÖÄK durch die Finanzreferentin/ den Finanzreferenten des Kammervorstandes geregelt ist. Die KBV hat für diese wichtige Funktion jedoch einen eigenen Ausschuss einberufen, der aus Mitgliedern der Vertreterversammlung besteht und somit vom Vorstand losgelöst ist. In der ÖÄK wird die Macht hingegen im Vorstand konzentriert.

3.2.2 Gesetzliche Aufgaben und Ziele der ÖÄK und KBV

Die Aufgaben der ÖÄK sind im Ärztegesetz 1998 verankert, und neben der Interessensvertretung sowie Wahrung des Ansehens sowie der Rechte und Pflichten der Ärzteschaft im Wesentlichen wie folgt:

- Erarbeiten von Konzepten, Programmen, Gutachten und Vorschlägen zum österreichischen Gesundheitswesen
- Qualitätssicherung der Ordinationen und Gruppenpraxen mit Hilfe der durch die ÖÄK eingerichteten ÖQMed GmbH
- Regelung der vertraglichen Beziehungen zum Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger sowie zu den sozialen und privaten Krankenversicherungen
- Führung der Ärzteliste sowie Verleihung der Berufsberechtigungen
- Durchführung der Arztprüfung als Voraussetzung der Berufsausübung
- Erlassung von Verordnungen betreffend medizinischer Sonderfächer sowie deren Lehrinhalt
- Organisation kontinuierlicher Fortbildungsprogramme
- Initiativen zur Steigerung der Patientensicherheit
- Bemühungen zur Erhaltung zumutbarer und förderlicher Arbeitsbedingungen
- Erlassung von Vorschriften für die ärztliche Berufsausübung

- Erlassung von Richtlinien zu Honorarabrechnung und Werbung
- Erlassung eines ärztlichen Verhaltenskodex
- Erarbeitung von Therapie- und Gesundheitsvorsorgeempfehlungen (Vgl. www.aerztekammer.at Zugriff: 04.05.2016)

Die Hauptaufgaben der KBV fassen sich zusammen aus der Interessensvertretung der Ärzteschaft, der gesetzlichen Sicherstellung der Versorgung aller gesetzlich Versicherten sowie die Organisation der Versorgung. Daraus resultieren folgende Einzelaufgaben:

- Abschluss von Kollektivverträgen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung
- Verhandlungen zur Sicherung der angemessenen Vergütung mit dem Spitzenverband der Krankenversicherung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Bundesschiedsamt und Bewertungsausschuss
- Mitarbeit in der gesundheitspolitischen Diskussion
- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft, z.B. Abbau der Bürokratie im Arztalltag
- Wahrnehmung und Vertretung der Interesse der Ärzteschaft gegenüber Politik und Gesetzgebung
- Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
- Bedarfsplanung der für eine flächendeckende Versorgung notwendigen Ärztinnen/ Ärzte pro Fachgruppe sowie Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten
- Mitarbeit an der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel und medizinischen Leistungen im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Im Rahmen der Bundesmantelverträge ist die KBV auch an der Gestaltung von Verträgen mit besonderen Kostenträgern beteiligt
- Erstellung von Rahmenempfehlungen für dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen , Krankenhäusern und Vertragsärzten
- Erstellung von Vereinbarungen über den Datenaustausch zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen
- Erstellung von Vereinbarungen zu einheitlichen Qualifikationserfordernissen für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- Vorlagen für spezifische oder regionale Vereinbarungen um bei bestimmten Krankheitsbildern die Behandlung besser koordinieren zu können
- Kooperation mit dem Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung zur Erforschung der Versorgungsqualität, um Handlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen. (Vgl. www.kbv.de Zugriff: 05.05.2016)

Stellt man die Aufgaben gegenüber, so gibt es durchaus Gemeinsamkeiten aber auch einige Unterschiede. Wesentliche Gemeinsamkeiten abseits der Interessensvertretung der Ärzteschaft sind bspw.:

- Erarbeitung der Verträge mit den jeweiligen Sozialversicherungen bzw. Krankenkassen
- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen der Ärzteschaft
- Mitarbeit und Weiterentwicklung der jeweiligen nationalen Gesundheits- und Versorgungssystemen durch Teilnahme an gesundheitspolitischen Diskussionen

Diese Gemeinsamkeiten waren zu erwarten und sind keine Überraschung, bei den Unterschieden wird jedoch sichtbar, dass die KBV stärker in Themen eingebunden ist, die in Österreich vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger sowie Gesetzgeber wahrgenommen werden. Konkret sind das die Bedarfsplanung der Planstellen für Ärztinnen/ Ärzte je Versorgungsregion und die Erarbeitung von Vereinbarungen zum Datenaustausch zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen (Stichwort: ELGA). Des Weiteren hat es den Anschein, dass die KBV vermehrt in Vertragsgestaltungen, bspw. zur Schnittstelle stationärer-ambulanter Bereich eingebunden ist. Zusätzlich muss hervorgehoben werden, dass die KBV in einer Kooperation mit dem Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung Versorgungsforschung betreibt, um zukünftige Handlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen. Das Besondere daran ist, dass die Ergebnisse auf einer Internetplattform öffentlich einsehbar sind.

Im Gegensatz zur ÖÄK ist die KBV nicht mit Aus- und Weiterbildungsaufgaben betraut, dies ist Sache der Bundesärztekammer. Auch die Qualitätssicherung wird in den dargestellten Aufgaben nicht explizit erwähnt, obwohl die Leistungserbringer und somit die Ärzteschaft durch den § 135a SGB-V dazu verpflichtet sind. In den

Aufgaben der ÖÄK findet sich Qualitätssicherung zwar wieder, jedoch wird auf die Tochtergesellschaft ÖQMed verwiesen, die für die Umsetzung verantwortlich ist.

3.3 Gesetzliche Vorgaben und Verordnungen zu Qualitätsmanagement bei NÄ in Österreich

Die sogenannte „Artikel 15a Vereinbarung“ gilt in allen Belangen des Gesundheitswesens als oberster gesetzlicher Rahmen. Aufbauend auf diese Vereinbarung wurde im Jahr 2013 das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) erlassen. Das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), welches bereits Jahr 2004 in Kraft getreten ist, konkretisiert die Rahmenvorgaben zu QM. Das Ärztegesetz (ÄrzteG) beinhaltet die Berufspflichten und macht Vorgaben zu Qualitätsmanagement bei NÄ. Die ÖÄK macht durch die Qualitätssicherungsverordnung (QS-VO) weitere konkrete Vorgaben zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich.

3.3.1 Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes- Verfassungsgesetz (B-VG) 2007 Zielsteuerung Gesundheit

Im österreichischen Gesundheitswesen werden in Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, die zwischen Bund und Länder geschlossen werden, übergeordnete Zielvorgaben zum Gesundheitswesen niedergeschrieben. Darin heißt es unter anderem, die Leistungserbringer haben auf einen niederschweligen Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung zu achten, sowie langfristig deren hohe Qualität zu sichern und weiterzuentwickeln. Insbesondere der Art. 7, im zweiten Abschnitt Gesundheitspolitische Grundsätze, enthält Vorgaben zur Messung, Sicherung und zum Management von Qualität. Der erste Absatz befasst sich unter anderem, mit grundsätzlichen Vorgaben zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung, regelt sämtliche Zuständigkeiten und Maßnahmen sowie die Bereiche, in dem ein Qualitätssystem anzuwenden ist (Vgl. Artikel 15a B-VG, Art. 7, Abs. 1). Absatz 2 verweist auf die Einhaltung des GQG 2004 und auf Kategorisierung in die Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, welche in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen sollen. Des Weiteren ist die

Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren des Gesundheitswesens vorrangig (Vgl. Artikel 15a B-VG, Art. 7, Abs. 2). Der dritte Absatz regelt die Zuständigkeiten für die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich und überträgt den Wirkungsbereich nach Vorgaben des Bundes an die Ärzteschaft (Vgl. Artikel 15a B-VG, Art. 7, Abs. 3). Absatz 6 weist auf die verpflichtende Sicherstellung der Qualität sowie der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen hin, unabhängig von Institutionen bzw. Einrichtungen. Des Weiteren gilt die gesetzliche Sicherstellung der Einhaltung von Qualitätsstandards als Voraussetzung für die Erbringung und Verrechenbarkeit von Leistungen (Vgl. Artikel 15a B-VG, Art. 7, Abs. 6).

3.3.2 Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2013 (G-ZG)

Aufbauend auf die Art. 15a B-VG wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2013 das G-ZG (2013) erlassen, mit dem Ziel, die Primärversorgung der Bevölkerung zu verbessern. Es stellt den bundesweiten gesetzlichen Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit dar und konkretisiert die Angaben und Forderungen aus der Art. 15a B-VG. Unter § 5 Abs. 3 Z 6 wird der Aufbau eines umfassenden, vergleichbaren, systematischen und standardisierten Qualitätsmanagement, sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich gefordert. Der Bundes- Zielsteuerungskommission (12 Mitglieder, vier vom Bund, vier vom Hauptverband und vier von den Ländern) kommt unter § 7 Abs. 2 Z 2 die Aufgabe zu, unter Berücksichtigung von internationalen Modellen und Erfahrungen, innerhalb von 18 Monaten ein adäquates und vergleichbares System zur Ergebnisqualitätsmessung und –sicherung für den extramuralen Bereich zu entwickeln und deren Umsetzung sicherzustellen. In die Erarbeitung sollen Hauptverband der Sozialversicherung, Österreichische Ärztekammer und die Wirtschaftskammer Österreich eingebunden werden. Zur Sicherung der Prozessqualität sollen im engen Konnex zu den Handlungsfeldern der § 5 Abs. 3 Z 4 und 5 der Zielsteuerung- Gesundheit österreichweit einheitliche Qualitätsstandards festgelegt werden. Für Strukturqualität werden nach Abs. 4 die Kriterien aus dem ÖSG festgelegt. Nach § 22 Abs. 2 Z10 fasst die Bundes-

Zielsteuerungskommission Beschlüsse zu Strukturqualitätskriterien und weiteren Angelegenheiten des ÖSG sowie unter Z 8 der Qualität. (Vgl. G-ZG 2013)

3.3.3 Gesundheitsqualitätsgesetz 2004

Die Zielsetzung und Grundsätze, gemäß § 1, sind die flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität sowie die Intensivierung und Implementierung einer systematischen Qualitätsarbeit. Dies gilt für den Aufbau und die Weiterentwicklung, die Sicherung und Evaluierung sowie bundeseinheitlich, sektoren- und berufsgruppenübergreifend für den intramuralen und extramuralen Bereich. Absatz 2 verweist auf die Einhaltung der Vorgaben des G-ZG bei der Festlegung auf ein Qualitätssystem und dessen Berücksichtigung der Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Unter § 3, Anwendungsbereich, werden die Leistungserbringer zur Einhaltung der Qualitätsstandards der vorliegenden Rechtsvorschrift, sowie zur Teilnahme an den bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-ZG, unabhängig von ihrer Organisationsform, verpflichtet. Zu den Qualitätsstandards zählen jene nach diesem Bundesgesetz, gemäß § 7 Abs. 3 und 4 G-ZG und gemäß § 117c Abs. 1 Z 5 des ÄrzteG 1998 in der jeweils geltenden Fassung.

Der § 4 befasst sich mit der Entwicklung von Qualitätsstandards. Unter Einbeziehung der betroffenen Gesundheitsberufe kann der BMfG auf die Entwicklung von Qualitätsstandards Einfluss nehmen und per Erlass die Einhaltung dieser in einer Bundesrichtlinie festlegen, sowie im Zusammenhang mit der Leistungserbringung Empfehlungen für eine Bundesqualitätsleitlinie abgeben. Die Bundesqualitätsstandards können eine oder mehrere der Dimensionen Struktur-, Prozess-, oder Ergebnisqualität enthalten. Werden an eine Bundesqualitätsleitlinie oder Bundesqualitätsrichtlinie Qualitätsindikatoren gekoppelt, ist auf eine internationale Vergleichbarkeit dieser zu achten.

Gemäß § 5 hat der BMfG zu gewährleisten, dass die Qualitätsvorgaben für die Leistungserbringung die Dimensionen Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität umfassen. Die Dimensionen sollen in einem direkten ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen und die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren sowie deren Messung in allen Sektoren des

Gesundheitswesens ist vorrangig. Ferner hat der BMfG dafür Sorge zu tragen, dass verbindliche Strukturqualitätskriterien entwickelt und diese bei der Leistungserbringung eingehalten werden. Auch im Bereich der Prozessqualität hat der BMfG verbindliche Anforderungen zu entwickeln, sowie durch die Zurverfügungstellung geeigneter Instrumente Unterstützung zu gewährleisten. Darüber hinaus müssen Indikatoren zur Prozessqualität und Meldepflichten zu diesen Prozessqualitätsindikatoren festgelegt werden. Dies zieht sich auch im Bereich der Ergebnisqualität fort, auch hier sind entsprechende Qualitätsindikatoren und Referenzgrößen zu entwickeln sowie Meldepflichten fest zu legen. (Vgl. GQG 2004)

3.3.4 Ärztegesetz 1998, gültige Fassung 2013

Das Ärztegesetz beinhaltet die Berufspflichten aller Ärztinnen/ Ärzte in Österreich. Die Verpflichtung zur Einhaltung bestehender Vorschriften und fachspezifischer Qualitätsstandards, insbesondere des GQG, ist unter anderem in § 49 festgeschrieben. Absatz 2a schreibt vor, dass NÄ eine regelmäßige umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen haben, was der sogenannten Selbstevaluierung entspricht. Die Ergebnisse sind der ÖQMed zu übermitteln. Im eigenen Wirkungsbereich wird den Ärztinnen/ Ärzten unter § 117b Abs.1 Z 22 das Recht eingeräumt, sich von der ÖQMed Hilfestellung bei der Qualitätssicherung einholen zu können.

Im übertragenen Wirkungsbereich wird der ÖÄK unter §118a durch den Gesetzgeber aufgetragen, eine Gesellschaft zur Qualitätssicherung (ÖQMed), in Rechtsform einer GmbH, zu errichten. Neben den verpflichtend vorzusehenden Organen, hat die ÖQMed, nach § 118b, auch einen wissenschaftlichen Beirat einzuführen, der die ÖQMed sowie die ÖÄK unter Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben zu beraten hat. Der wissenschaftliche Beirat hat für die Sicherstellung der an ihn übertragenen Aufgaben eine Geschäftsordnung zu beschließen. Zu den Aufgaben gehört insbesondere auch, Empfehlungen hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien sowie des Prozesses der Qualitätsevaluierung und Qualitätskontrolle, unter anderem auch für den niedergelassenen Bereich, zu erstatten.

Gemäß § 118c Abs.1 hat die ÖÄK auf Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates sowie nach Begutachtung durch die Bundeskurie der NÄ die zu evaluierenden Kriterien, das Evaluierungsverfahren der ÖQMed, und das Qualitätsregister der ÖQMed per Verordnung für fünf Jahre zu regeln. Neben dem Wissenschaftlichen Beirat hat die ÖQMed nach § 118d auch einen Evaluierungsbeirat einzurichten. Er hat nach Grundlage der QS-VO gemäß § 118c die Organe der ÖQMed bei der Planung, Durchführung und praxisgerechten Umsetzung der Evaluierung und Kontrolle, ggf. auch bei der Beurteilung individueller Evaluierungsergebnisse, zu unterstützen. Zur Sicherstellung der Erfüllung der an ihn übertragenen Aufgaben, hat der Evaluierungsbeirat eine Geschäftsordnung zu beschließen (Vgl. ÄrzteG 1998).

3.3.5 Qualitätssicherungsverordnung 2012 der ÖÄK

Die QS-VO 2012 operationalisiert die Angaben zu Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung bei NÄ. In neun Abschnitten unterteilt, werden unter anderen Vorgaben zu Evaluierungskriterien, Evaluierungsverfahren und besonderer Verfahrensmaßnahmen erteilt. Der dritte Abschnitt regelt in den §§ 27- 34 das Evaluierungsverfahren, welches unterschiedliche Phasen durchläuft und mit der Selbstevaluierung beginnt. Die Selbstevaluierung ist im Sinne des § 49 Abs. 2a Ärztegesetz 1998, für jede Ordination, mit Hilfe des von der ÖQMed zugesendeten, fachspezifischen Evaluierungsbogen, von der Ärztin/ dem Arzt selbstständig durchzuführen. Der Evaluierungsbogen bezieht sich auf die unter §§4 bis 25 beschriebenen Qualitätskriterien sowie die in § 26 beschrieben besonderen Evaluierungskriterien und wird vorab von der ÖQMed zugesendet. Des Weiteren müssen nach § 118b Abs. 8 ÄrzteG 1998 etwaige Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates einschließlich vorgeschlagener Evaluierungskriterien samt Erläuterungen berücksichtigt werden.

Nach erfolgreicher Datenübermittlung an die ÖQMed werden die qualitätsrelevanten Daten binnen sechs Wochen einer Plausibilitätsprüfung unterzogen und ausgewertet. Sofern die Ergebnisse den Kriterien entsprechen und keinen Mangel aufweisen bzw. keine stichprobenartige Validitätsprüfung Vorort durchgeführt werden muss, stellt die ÖQMed der Ärztin/ dem Arzt ein

Qualitätszertifikat aus. Sollte die Plausibilitätsprüfung einen Mangel aufzeigen, wird das Verfahren gemäß § 35 fortgesetzt. Gegebenenfalls ist es erforderlich den zuständigen Evaluierungsausschuss gemäß § 118d Abs. 4 ÄrzteG 1998 zu befragen.

Parallel dazu, überprüft die ÖQMed durch stichprobenartige Vorort- Besuche die Validität der Selbstevaluierung in den Ordinationen. Durchgeführt werden diese Validitätsprüfungen von Qualitätsbeauftragten. Das sind vertrauenswürdige Personen die mindestens fünf Jahre als NÄ hauptberuflich tätig waren sowie eine Weiterbildung gemäß Anlage 2 Punkt 2 erfolgreich absolviert haben. Die ÖQMed ermittelt die zu besuchenden Ärztinnen/ Ärzte nach dem Zufallsprinzip mittels Randomisierungssoftware. Sollte ein NÄ per Zufallsprinzip ermittelt werden, so wird dieser von der ÖQMed unverzüglich davon in Kenntnis gesetzt und eine Terminvereinbarung mit der Qualitätsbeauftragten/ dem Qualitätsbeauftragten wird angekündigt. Den NÄ wird das Recht eingeräumt Qualitätsbeauftragte sachlich begründet abzulehnen. Die betroffenen NÄ haben beim Vorort- Besuch anwesend zu sein. Von der Qualitätsbeauftragten/ dem Qualitätsbeauftragten ist ein Protokoll über den Besuch zu verfassen, wobei den NÄ das Recht eingeräumt wird, dieses Protokoll Vorort zu ergänzen. Am Ende des Besuches ist das vollständige Protokoll der Qualitätsbeauftragten/ dem Qualitätsbeauftragten sowie den NÄ zu unterfertigen. Eine Verweigerung der Unterfertigung ist der Qualitätsbeauftragten/ dem Qualitätsbeauftragten zu vermerken. Die ÖQMed ist dazu verpflichtet den NÄ eine Abschrift des Protokolls zu übermitteln und muss daraufhin auch die Möglichkeit einer Stellungnahme, seitens der NÄ, zu gewähren.

Wird die Validitätsprüfung durch die NÄ verhindert, so stellt dies gemäß § 49 Abs. 2b ÄrzteG 1998 eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung und ein Disziplinarvergehen gemäß § 136 Abs. 1 Z 2 ÄrzteG 1998 dar. Die ÖQMed ist verpflichtet Anzeige beim Disziplinaranwalt zu erstatten.

Zum Abschluss des Evaluierungsverfahrens hat die bzw. der Qualitätsbeauftragte zeitnah einen angemessenen Bericht auf Grundlage der Ergebnisse der Selbstevaluierung, des Protokolls und einer etwaigen Stellungnahme des NÄ zu erstellen und diesen an die ÖQMed weiterzuleiten. Die ÖQMed hat in weiterer Folge, die Evaluierungsergebnisse an die gesetzlichen Krankenversicherungsträger sowie Krankenfürsorgeeinrichtungen nachweislich in schriftlicher Form zu übermitteln.

Ist das Qualitätssicherungsverfahren ohne Mangel überstanden, so wird von der ÖQMed gemäß § 41 Abs. 1 ein Qualitätszertifikat ausgestellt. Wenn durch Plausibilitätsprüfung, Validitätsprüfung oder spezifischen Vorort- Besuche sowie nach Mangelbehebungsfrist ein Mangel besteht, endet das Verfahren, gemäß § 41 Abs. 2, mit einer Disziplinaranzeige durch die ÖQMed oder einer Anzeige bei den Bezirksverwaltungsbehörden durch die ÖQMed oder einer Mitteilung über den Verfahrensstand an die ÖÄK durch die ÖQMed. Des Weiteren kann die ÖÄK unter Berücksichtigung § 41 Abs. 2 Z 1 und Z 2 darüber entscheiden, ob und wann ein Verfahren betreffend des Erlöschens einer Berufsberechtigung einzuleiten ist. (Vgl. QS-VO 2012)

3.4 Gesetzliche Vorgaben und Verordnungen zu Qualitätsmanagement bei NÄ in Deutschland

In Deutschland beruht die Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf mehreren Gesetzesvorgaben und Normen, darunter das SGB V, Richtlinien des G-BA, die Bundesmantelverträge nach § 135 (2) SGB V sowie weiteren Regelungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen weitgehend die Umsetzung von Vorgaben zur Qualitätssicherung.

3.4.1 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

In Deutschland fasst das gut strukturierte Sozialgesetzbuch V alle Vorgaben und Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammen. In 13 Kapiteln unterteilt, befasst sich Kapitel 4 mit den Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern sowie deren Verbände, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse. Das Kapitel unterteilt sich wiederum in Abschnitte. Der zweite Abschnitt regelt die Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten und unterteilt sich wiederum in neuen Titeln:

- Der erste Titel definiert alle Aspekte der Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung wie bspw. Inhalt und Umfang der

Sicherstellung, kassenärztliche- und hausarztzentrierte Versorgung und die Förderung der Weiterbildung.

- Der zweite Titel kann als gesetzliche Basis der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Versorgung verstanden werden. Unter anderem sind die Befugnisse, Organe und Fachausschüsse sowie Vorgaben zu Wahlen und die die Eckpunkte der Satzung darin definiert.
- Der dritte Titel umfasst die Verträge auf Bundes- und Landesebene, wie bspw. Bundesmantelverträge zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (geben den Inhalt der Gesamtverträge vor), Gesamtverträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen über den Umfang der vertragsärztliche Versorgung der Leistungserbringer, Verträge zur ärztlichen Vergütung sowie die Transparenz der Vergütung und Vereinbarungen zu Arznei- und Heilmittel.
- Der sechste Titel befasst sich mit den Landesausschüssen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie Förderungen für Innovationen und zur Weiterentwicklung. Dabei wird geregelt wie sich die unterschiedlichen Ausschüsse zusammensetzen und organisieren. Der G-BA setzt sich aus Vertretern der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverband zusammen. Die Bundesärztekammer ist darin nicht vertreten, und obwohl auch keine Vertreter der Politik im G-BA sitzen, hat sie dennoch die Möglichkeit Einfluss zu nehmen. Vor allem durch ihr Vetorecht bei der Bestellung des Beschlussgremiums sowie durch die zu erteilende Genehmigung zur Verfahrens- und Geschäftsordnung.
- Der siebte Titel definiert alle Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung, wie bspw. Zulassung und Niederlassung von Ärzten, Pflicht zur fachlichen Weiterbildung und Ärztereister.
- Der achte Titel enthält u.a. die einvernehmliche Mitwirkung bei der Erstellung eines Bedarfsplans zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf Landesebene, nach Maßgabe der vom G-BA erlassenen Richtlinien. Der Bedarfsplan ist vergleichbar mit den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) in Österreich, die jedoch ohne der Mitarbeit der Ärzteschaft auskommen und durch die Bundesländer, den Krankenanstaltenträgern und

der sozialen Krankenversicherungsträger im Rahmen des ÖSG ausgearbeitet werden.

Mit dem neunten Abschnitt wird die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung festgehalten. Der Einfluss des G-BA wird hier deutlich sichtbar. In § 135 wird er mit der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, also u.a. der Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens sowie der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit neuer Methoden, sowie Empfehlungen über die erforderliche Qualifikation von Ärzten und Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen bei deren Anwendung, betraut. Unter § 135a werden alle Leistungserbringer zur Qualitätssicherung verpflichtet, mit dem Ziel sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die Ergebnisqualität zu verbessern und ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu implementieren und weiterzuentwickeln. Die Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist unter § 135b geregelt. Sie haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und die Ziele und Ergebnisse zu dokumentieren und veröffentlichen. Darüber hinaus sind stichprobenartige Überprüfungen anhand der durch die Richtlinie des G-BA vorgegebenen Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 136) durchzuführen. Die Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung unter § 136 sollen u.a. grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen beinhalten. Dabei sind Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. In § 137 wird die Durchsetzung der Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA geregelt. Dabei ist ein gestuftes System einzusetzen, dass je nach Art und Schwere des Verstoßes angemessene Durchsetzungsmaßnahmen, wie bspw. Vergütungsabschläge oder die Information Dritter, vorsieht. Der § 137a regelt die Aufgaben und Funktionsweise des unter § 91 durch den G-BA gegründeten fachlich unabhängigen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Das Institut arbeitet im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenversicherung, des Spitzenverband

Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, Bundetherapeutenkammer, der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, Patientenvertretern, Patientenbeauftragten des Bundesministerium, Vertretern der Gesundheitsministerkonferenz sowie den Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit soll es insbesondere für folgende Maßnahmen beauftragt werden:

- Entwicklung von sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität
- Entwicklung der Dokumentation zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung unter der Berücksichtigung der Datensparsamkeit
- Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in einer geeigneten Form
- Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten der Qualität der stationären Versorgung in geeigneter Form im Internet
- Darstellung der Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf Grundlage geeigneter Sozialdaten zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung
- Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, um über die Aussagekraft der Zertifikate und Siegeln zu informieren. (Vgl. SGB V 2016)

Wie aus den Ausführungen hervorgeht, nimmt der G-BA eine zentrale Stellung in der Organisation, Entwicklung und Sicherung der Qualität des deutschen Gesundheitssystems ein. Des Weiteren wurden einige vormals in Hand der Ärzteschaft befindlichen gesetzlichen Aufgaben, wie bspw. eigenverantwortliches Qualitätsmanagement, in die Agenden des G-BA übertragen, in dem die BÄK nicht vertreten ist. Diese Maßnahme ist jedoch im Sinne einer Vereinheitlichung von

Vorgaben, Kontrollen und Auswertung und letztlich einer Etablierung eines einheitlichen Qualitätsstandards zu begrüßen.

3.4.2 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Stand: 27.11.2015)

Die Richtlinie erläutert eingangs die Ziele eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, die im Sinne der Verbesserung, Weiterentwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität notwendig sind. Als zentrale Grundelemente (§ 3) eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement definiert der G-BA folgende Punkte im Bereich Patientenversorgung:

- die Ausrichtung der Versorgung an den jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende fachliche Standards und Leitlinien,
- Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung,
- Strukturierung von Behandlungsabläufen,

sowie im Bereich Praxisführung/ Mitarbeiter/ Organisation:

- Regelung von Verantwortlichkeiten,
- Mitarbeiterorientierung
- Praxismanagement
- Hygienemanagement
- Informationsmanagement sowie die Gestaltung von internen und externen Kommunikationsprozessen
- Nahtstellenmanagement
- Integration bestehender QS-Maßnahmen in das interne QM.

Um diese Grundelemente umsetzen zu können empfiehlt der G-BA folgende Instrumente (§ 4) zu nutzen:

- Definition und Umsetzung von konkreten Qualitätszielen für die eigene Praxis unter Zuhilfenahme des PDCA-Zyklus,

- Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen,
- Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen,
- Beschwerdemanagement,
- Organigramme und Checklisten,
- Risiko- und Fehlermanagement,
- Notfallmanagement,
- Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung,
- Dokumentation und Nachvollziehbarkeit, insbesondere der Qualitätsziele und des PDCA-Zyklus.

Konkrete Angaben zur Umsetzung bzw. zum Einsatz der Instrumente macht der G-BA keinen, weder in Hinsicht auf eine sinnvolle Priorisierung von Instrumenten noch in einer Art Umsetzungsplan. Die Vertragsärzte sind hier auf sich selbst gestellt und müssen die Initiative ergreifen. Stattdessen definiert der G-BA einen Zeitrahmen von 4 Jahren, indem einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vollständig zu implementieren ist. Unabhängig davon ob man die Tätigkeit gerade erst aufgenommen hat oder schon vor in Kraft treten der Richtlinie tätig war.

Die Einführung und Weiterentwicklung wird in 4 Phasen gegliedert beschrieben und soll unter Berücksichtigung der Praxisgegebenheiten schrittweise erfolgen:

In der ersten Phase „Planung“, die spätestens 2 Jahre nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeiten beginnen soll, sind Maßnahmen der Planung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement durchzuführen. Dazu gehören mindestens eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis hinsichtlich der Ziele und Inhalte gemäß §§ 2- 4 und die Festlegung von konkreten Zielen für den Aufbau eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement. Des Weiteren wird die Teilnahme an Fortbildungskursen ebenso empfohlen wie die Benennung von Verantwortlichen Personen bei speziellen Voraussetzungen.

In der zweiten Phase „Umsetzung“ sind in einem Zeitraum von längstens zwei Jahren auf Grundlage der in Phase 1 erfolgten Ist-Analyse und Planung konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Implementierung einzusetzen. Innerhalb der zwei Jahre müssen alle Grundelemente nach § 3 unter Verwendung aller Instrumente § 4 eingeführt werden, schrittweise in frei gewählter Reihenfolge.

Die dritte Phase „Überprüfung“ beinhaltet eine Selbstbewertung der Praxis, hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente und einschließlich

der Zielerreichung. Als Grundlage dafür können Nachweise und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität dienen sowie Auswertungen dokumentierter Beschwerden und erfasster Fehler oder in Form einer Patientenbefragung.

Die vierte Phase ist die Phase der fortlaufenden Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch den Vertragsarzt. Dabei sollen die ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Grundelemente und Instrumente nach §§ 3 und 4 einschließlich der jeweiligen Zielerreichung mittels jährlich durchzuführender Selbstbewertung überprüft werden.

Nach Abschluss der Einführung kann es zu einer Bewertung der Einführung und Weiterentwicklung durch eine Qualitätsmanagement-Kommission kommen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet werden. Die Mitglieder der Kommission müssen eine besondere Qualifikation im Qualitätsmanagement (z.B. der Bundesärztekammer oder vergleichbares) besitzen und sind zur Neutralität verpflichtet. Des Weiteren entsenden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen eine zusätzliche Vertreterin/ einen zusätzlichen Vertreter mit entsprechender Qualifikation. Die Bewertung erfolgt anhand der inhaltlichen Vorgaben dieser Richtlinie auf Grundlage der Darlegung nach § 8 und muss die Besonderheiten jeder Praxis berücksichtigen. Nach der Bewertung hat die Qualitätsmanagement-Kommission die Ergebnisse in standardisierter Form zu dokumentieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die Ergebnisse an die KBV, die die Ergebnisse in einem Bericht gegliedert nach Fachgebiet zusammenfasst und dem G-BA zur Verfügung stellt. Darüber hinaus fordern die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich mindestens 2,5% zufällig ausgewählte Vertragsärztinnen/ Vertragsärzte (bei ca. 165.000 Vertragsärzten sind das mindestens 4.125) zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement ihrer Praxis auf. Die Darlegung muss mindestens Angaben zum zeitlichen Ablauf und zu ergriffenen Maßnahmen der Einführung und Weiterentwicklung sowie entsprechende Unterlagen beinhalten. In bestimmten Fällen kann die Kommission die Vertragsärztin/ den Vertragsarzt auffordern seine Maßnahmen mündlich vor ihr darzulegen. Sollte die Kommission die Bewertung der Maßnahmen mehrheitlich als noch nicht zufriedenstellend beurteilen, berät sie die Vertragsärztin/ den Vertragsarzt, wie er die noch erforderlichen Punkte in einem angemessenen

Zeitraum erreichen kann. Ob es danach wieder eine Überprüfung durch die Kommission gibt, wird nicht angeführt und bleibt daher offen.

Der Richtlinie sind zwei Anlagen angefügt, einerseits zum Einsatz und Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Überprüfung der Wirksamkeit von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement und andererseits zur Berichterstattung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über einrichtungsinternem Qualitätsmanagement. Die erste Anlage definiert den Einsatz sowie die Kriterien für Qualitätsindikatoren sowie deren Verwendung. Die zweite Anlage umfasst Angaben und Häufigkeiten zu überprüften Vertragsärzten in bestimmten Stadien des Implementierungsprozesses. (vgl. G-BA Richtlinie 2005/2015)

3.4.3 Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV (Stand 22.12.2010)

Die KBV- Richtlinie für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V hebt die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit als wichtigste Voraussetzung für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau hervor. Dabei sollen mit Hilfe des PDCA-Zyklus die Qualität der Arbeitsprozesse und Ergebnisse gewahrt oder verbessert werden. Die KBV sieht eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung darin, strukturelle Voraussetzungen in Aus- und Weiterbildung zu schaffen, um nachhaltig hohe Qualität des ärztlichen Handelns zu erhalten. Dazu bedarf es jedoch auch dynamischer Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. Nach Ansicht der KBV soll dies die Kooperation verbessern, den fachlichen Wettbewerb fördern und die Qualität der Betreuung insbesondere aus Sicht der Patienten gewährleisten.

Die vorliegende Richtlinie unterteilt sich in zwei Abschnitte, einerseits strukturelle Voraussetzungen und andererseits Verfahren zur Qualitätssicherung. Der Abschnitt strukturelle Voraussetzungen beinhaltet Vorgaben zu einer institutionellen Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen, wie bspw. den Einsatz einer Qualitätssicherungsbeauftragten/ eines Qualitätssicherungsbeauftragten, einer Qualitätssicherungskommission sowie einer Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“.

Die Qualitätssicherungsbeauftragte/ der Qualitätssicherungsbeauftragte wird durch die Kassenärztliche Vereinigungen berufen und berät diese in Fragen der Qualitätssicherung. Angaben zur Person wie Qualifikationen oder Zugehörigkeiten sind nicht festgehalten. Eine Qualitätssicherungskommission kann zur Unterstützung der KVen für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Labor, Zytologie) eingerichtet werden. Die Mitglieder und der Vorsitz werden dabei unter Berücksichtigung der fachlichen Kompetenz und Erfahrung durch den Vorstand der KVen berufen. Die Hauptaufgabe der Qualitätssicherungskommission ist die Überprüfung der fachlichen Befähigung von Antragsteller mit Qualitätsvorbehalt anhand von vorzulegender Zeugnissen und Bescheinigungen bzw. einem Kolloquium vor Durchführung und Abrechnung von Leistungen. Diese Aufgabe kann auch an bestehende Kommissionen der Ärztekammern übertragen werden, sofern die Durchführung nach Maßgabe dieser Richtlinie gewährleistet ist. Die KBV richtete die Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“ ein, um ein zielorientiertes, koordiniertes Vorgehen bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zu gewährleisten. Dabei übernimmt sie folgende Aufgaben:

- Prüfung der Einhaltung von gesetzlichen sowie vertraglichen Regelungen und Vorgaben im Einzelfall,
- Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen,
- Betreuung von Qualitätszirkeln im Zuständigkeitsbereich der KVen,
- Information und Beratung von Vertragsärzten hinsichtlich Qualitätssicherung,
- Zusammenarbeit mit anderen KVen, der KBV, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Der zweite Abschnitt benennt die Verfahren, die zur Qualitätssicherung zum Einsatz kommen sollen: Qualitätszirkel, Ringversuche, Stichproben und Kolloquien.

Qualitätszirkel sind eine etablierte Methode der Qualitätssicherung, -entwicklung sowie Fortbildung, die auf kritische Selbstreflexion in Kombination mit Erfahrungen anderer Teilnehmerinnen/ Teilnehmer aufbauen und evidenzbasiertes Wissen berücksichtigen. Die Methodik von Qualitätszirkeln arbeitet mit spezifischen Kriterien wie bspw. kollegialer Diskurs, ausgewählte Themen, erfahrungsbezogen, Moderation, fester Teilnehmerkreis, Berücksichtigung evidenzbasierter Leitlinien. Die Grundlage des kritischen Hinterfragens bzw. Benchmarkings bilden Daten die

den Praxisalltag ausreichend abbilden und bestimmte Voraussetzungen erfüllen (z.B. Validität, Datenschutz). Über die Durchführung einer Datenerhebung sowie deren Methodik entscheiden die Teilnehmer des Qualitätszirkels, ggf. gemeinsam mit der jeweiligen KV, KBV oder wissenschaftlichen Instituten. Jeder abgehaltene Qualitätszirkel ist in geeigneter Form zu dokumentieren und die Protokolle sind der KVen zu Zwecken der Evaluation und Berichterstattung zur Verfügung zu stellen. Die Evaluation gilt als wesentliche Voraussetzung für die Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätszirkels. Sie kann intern, durch die Teilnehmer selbst, als strukturiertes Feedback an die Moderatorin/ den Moderator erfolgen oder stichprobenartig durch Externe wie KV, KBV, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung oder wissenschaftliche Institute. Darüber hinaus hat sich der Einsatz von Qualitätszirkel-Tutoren als Begleiter und Unterstützer bewährt. Qualitätszirkel die gemäß dieser Richtlinie abgehalten werden, sind bei der BÄK als Fortbildungsmaßnahme anerkannt.

Über eine etwaige Durchführung und Evaluation vorgeschriebener Ringversuche (z. B. Labor-Ringversuche nach den Richtlinien der Bundesärztekammer) entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. Im Falle einer Durchführung obliegt die Betreuung der Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“ gemäß Abschnitt I. Punkt 3.2 dieser Richtlinie.

Neben der gewöhnlich durchgeführten stichprobenartigen Qualitätsüberprüfung der Vertragsärzte, werden Qualitätsüberprüfungen im Einzelfall insbesondere für Leistungen, deren Vergütung an spezielle Anforderungen geknüpft wird, durchgeführt. Dabei werden die Aspekte Indikationsstellung, intermediäres Ergebnis sowie Dokumentation mit einbezogen. Im Überprüfungsfall von genehmigungspflichtigen Leistungen hat die Vertragsärztin/ der Vertragsarzt eine Art Nachweispflicht gegenüber der zuständigen KV, insbesondere wenn nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter beteiligt waren. Bestehen Zweifel gegenüber den Angaben der Vertragsärztin/ des Vertragsarztes, so ist die KV berechtigt eine Vorort-Überprüfung in der Praxis durchzuführen. Sofern der Vorstand der KV dies genehmigt und die betroffene Ärztin/ der betroffene Arzt sein Einverständnis dazu gibt. Die Überprüfung obliegt der Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“, die ggf. die zuständige Qualitätssicherungskommission zu Rate ziehen kann. Nach Abschluss

der Überprüfung ist dem Vorstand der KV ein Ergebnisbericht zu übergeben. Das Resultat wird der Ärztin/ dem Arzt durch die KV mitgeteilt und bei bestehenden Mängel wird ihm eine angemessene Frist zur Behebung dieser eingeräumt, in der er der KV die Behebung der Mängel nachweisen muss. Bleiben die Mängel bestehen entscheidet der Vorstand der KV über das weitere Vorgehen.

Unter Kolloquien sind Fachgespräche zur Abklärung der erforderlichen Befähigung des Antragstellers bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen. Dabei entscheidet die Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“ über die Zulassung des Antragstellers nachdem der die erforderlichen formalen Voraussetzungen erfüllt. Mit der Durchführung der Kolloquien ist die Qualitätssicherungskommission beauftragt, die jeweils drei ihrer Mitgliederinnen/ Mitglieder als Prüferinnen/ Prüfer einsetzt. Zusätzlich ist eine Vertreterin/ ein Vertreter der Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“ teil des Kolloquiums. Organisiert werden Kolloquien durch die Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“, die die Rahmenbedingungen vorgibt. Die Prüfungsinhalte eines Kolloquiums haben sich auf versorgungsrelevante Sachverhalte, insbesondere auf den vom Antragsteller beantragten Leistungsbereich zu beziehen. Der Ablauf eines Kolloquiums ist zu protokollieren und muss wesentliche Angaben zum Ablauf enthalten. Unmittelbar nach Abschluss des Kolloquiums entscheiden die Prüfer in einfacher Mehrheit in Anwesenheit des Antragstellers ob die erforderliche Befähigung nachgewiesen werden konnte. Bei positivem Ausgang erteilt ihm die KV die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der jeweils beantragten Leistung. Ist dies nicht der Fall oder bricht ein Antragsteller ab bzw. erscheint unentschuldigt nicht zum Termin, so kann er den Prozess mit einer erneuten Antragstellung frühestens nach Ablauf von drei Monaten wieder neu beginnen. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Ärztinnen/ Ärzte, die noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, zu einem Kolloquium zugelassen werden. (Vgl. Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV 2010)

3.5 Zusammenfassender Vergleich der gesetzlichen und normativen Vorgaben in Österreich und Deutschland

Abbildung 1: Eckpunkte der gesetzlichen und normativen Vorgaben

	Österreich	Deutschland
Rechtliche Situation für Qualitätssicherung	Gesetzlich vorgeschrieben	Gesetzlich vorgeschrieben
Oberster gesetzlicher Rahmen	Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Hauptverband	Gesamtverträge zwischen KBV und Spitzenverband der Krankenkassen
Anwendbare Gesetze	G-ZG, GQG, ÄrzteG	SGB V
Vertragsparteien	ÖÄK, Hauptverband der Sozialversicherungsträger	G-BA, KBV, KV, BÄK, Spitzenverband der Krankenkassen
Richtlinien und Verordnungen zu QM	Qualitätssicherungs-Verordnung 2012 (ÖÄK)	QM-Richtlinie des G-BA; QS-Richtlinie der KBV
Organisationen die die externe QS durchführen	ÖQMed, 100% ÖÄK Tochtergesellschaft	Kassenärztliche Vereinigungen
Externe Evaluierungsmaßnahmen	Verpflichtende Evaluierung durch Selbstbewertung anhand eines Fragebogens	Verpflichtender Nachweis der Einrichtung eines QMS, Stichprobenüberprüfungen, Fortbildungsnachweis
Veröffentlichung der Ergebnisse	Berichterstattung an das BMGF, Veröffentlichung der Ergebnisse im Rahmen eines Qualitätsberichtes durch den BMfG	Das durch den G-BA beauftragte IQTIG hat gemäß SGB V die Ergebnisse in geeigneter Form zu veröffentlichen
Rolle der Ärztekammern	Kontrollieren den Prozess von Vorgaben, über Kontrollen bis hin zur Ausführung	Ist an den wesentlichen Punkten Vorgabe und Kontrolle nicht direkt beteiligt, kann Stellungnahmen verfassen

Das folgende Kapitel befasst sich mit den durch die Interessensvertretern ÖÄK sowie KBV empfohlenen Qualitätsmanagementsystemen, deren Kriterien und Indikatoren.

4 Empfohlene Qualitätsmanagementsysteme der ÖÄK und KBV

Wie unter Kapitel 3.3 bereits hervorgehoben, ist in Österreich die 100% ÖÄK Tochtergesellschaft ÖQMed mit den Aufgaben der Qualitätssicherung betraut. Die ÖQMed entwickelte mit dem Österreichischen Qualitätsmanagementsystem (ÖQM) ein maßgeschneidertes System für den niedergelassenen Bereich.

Die KBV hat mit Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) ebenfalls ihr eigenes Qualitätsmanagementsystem speziell für den niedergelassenen Bereich entwickelt. Die Anwendung beider Systeme basiert auf freiwilliger Basis der NÄ, wenn gleich die Interessensvertreter nicht müde werden, ihr System als das geeignetste zu bewerben.

4.1 Entwicklung der Systeme

Das Österreichische Qualitätsmanagementsystem versteht sich als ganzheitliches Führungskonzept für NÄ in Österreich. Es unterstützt die Praxisleitung bei der Führung sowie langfristigen und erfolgreichen Positionierung des Unternehmens Arztpraxis. ÖQM wurde im Jahr 2011 von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed) im Auftrag der Ärztekammer für Wien und der ÖÄK entwickelt. Das Entwicklerteam setzte sich aus Experten (keine nähere Angaben, ob QM-Experten bzw. welche Art der Qualifikation) und niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten zusammen. Das gemäß § 7 Abs. 2 Z 2 G-ZG 2013 zu entwickelnde QM-System soll internationale Modelle berücksichtigen, inwieweit dies bei der Entwicklung von ÖQM geschehen ist, geht aus der Literatur nicht hervor. Nach Informationen aus einem SpringerMedizin.at Artikel von 2011 gibt es Hinweise auf eine Pilotphase, die aber in der Fachliteratur nicht erwähnt wird. (Vgl. www.springermedizin.at Zugriff: 03.05.2016)

QEP wurde im Jahr 2005 im Auftrag der KBV und in Zusammenarbeit mit den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sowie externen QM-Experten und unter Mitwirkung von niedergelassenen Ärzten und Berufsverbänden erarbeitet. Laut einer Studie der Stiftung Gesundheit (2010) ist QEP mittlerweile das meistgenutzte QMS im niedergelassenen Bereich in Deutschland, mit einem Marktanteil von 25% im Jahr 2010. (Vgl. Obermann 2010) Diese Beliebtheit ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Tatsache zurückzuführen, dass QEP speziell für den niedergelassenen Bereich konzipiert und an die Abläufe und Rahmenbedingungen der Praxen angepasst wurde. Diese praxisnahe Konzipierung ist ein Vorteil gegenüber den großen QMS und erleichtert den schrittweisen Einstieg ins interne Qualitätsmanagement für NÄ. (Vgl. Johannes 2012, Vogg 2011)

In der Konzeptionsphase wurden national und international anerkannte QMS (u.a. ISO, EFQM, JCAHO, KTQ) gegenüber gestellt und ihre Anwendung auf den niedergelassenen Bereich in Deutschland geprüft. Als Resultat wurden die wesentlichen und für die vertragsärztliche Situation relevanten Elemente herausgefiltert und in der Ausarbeitung berücksichtigt. Daraus entstand ein modular aufgebautes und umfangreiches QMS, welches weitgehend mit anderen QMS kompatibel ist und dadurch den einfachen und schnellen Umstieg (auch „Crosswalk“ genannt) von bisher genutzten QMS zu QEP ohne Qualitätsverluste ermöglicht.

Um die Praxisnähe zu testen, wurde QEP in einer Pilotphase in 61 Praxen eingeführt und anschließend vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen evaluiert. Dabei stellte sich heraus, dass von Patienten wichtige Inputs eingebracht wurden, wodurch Mängel in der Leistungserbringung unter anderem in Form von Qualitätszielen definiert werden konnten. (Vgl. Czypionka 2014, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009)

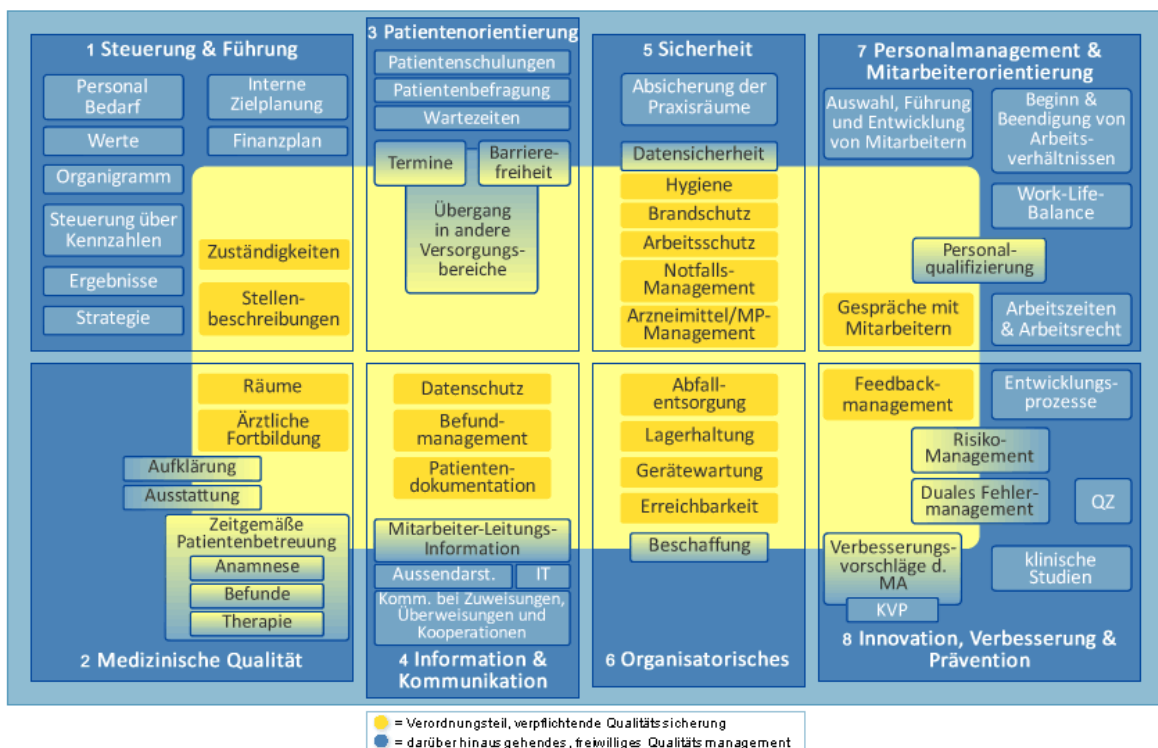
Eine derartige Einbindung der Patienten in die Entwicklung von ÖQM hat es nicht gegeben.

4.2 Aufbau und Struktur der Systeme

ÖQM ist in acht Modulen aufgebaut und klar strukturiert. Die Module entsprechen im Wesentlichen dem Aufbau einer Praxis und können entweder gesamt oder als Auswahl einzelner Module implementiert werden. Sie beinhalten Kriterien und

Fragen sowie weiterführende Dokumente und Informationen sowie Listen von Referenten und empfohlener Literatur. Gemäß G-ZG 2013 und GQG 2004 soll der Aufbau die Bereiche Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität gleichermaßen abdecken und in Kriterien, Indikatoren oder Fragen widerspiegeln. Die Kriterien werden in verpflichtend zu erfüllende, gemäß QS-VO 2012, und darüber hinausgehende freiwillig zu erfüllende Kriterien unterschieden. Eine Sammlung an Beispielen, Checklisten, Vorlagen und Informationen steht dem Anwender zusätzlich zur Verfügung. Die weiterführenden Dokumente können freiwillig verwendet und an die praxisspezifischen Anforderungen angepasst werden. Die Referentenlisten sind inhaltlich nach den jeweiligen Themengebieten gegliedert und enthalten zusätzliche Anmerkungen. (Vgl. www.oeqm.at, Zugriff: 06.06.2015)

Abbildung 2: Übersicht der Module und Kriterien von ÖQM



Quelle: www.oeqm.at, Zugriff: 06.06.2015

1. Steuerung & Führung

Das Modul Steuerung und Führung befasst sich mit allen betriebswirtschaftlich relevanten Themen der Praxis. Die Bandbreite erstreckt sich von kurzfristigen Themen wie bspw. Finanzplanung, Ergebnisorientierung und Zielplanung bis hin zu

langfristigen Themen wie bspw. Wertvorstellungen oder strategische Ausrichtung der Praxis.

2. Medizinische Qualität

Dieses Modul gibt einer Praxis die Möglichkeit, mit Hilfe genereller medizinischer Kriterien eine Standardisierung bestimmter ärztlichen Handlungen zu fördern. Das Ziel ist mögliche Risikopotentiale zu verringern und bspw. durch standardisierte Anamnesebögen Zeit einzusparen. Weitere Kriterien befassen sich mit der fachgerechten Ausstattung der Praxis sowie mit der zeitgemäßen Betreuung.

3. Patientenorientierung

Im Sinne der Patientenorientierung begleitet dieses Modul die Patienten durch die praxisinterne Versorgung und darüber hinaus auch bei Übergängen in andere Versorgungsbereiche. Der Themenkatalog beinhaltet Fragen zu effizientem Terminmanagement, Barrierefreiheit sowie zur Durchführung von Patientenbefragungen oder Schulungsmaßnahmen, um die Patienten so gut wie möglich in den Therapieprozess einzubinden.

4. Information & Kommunikation

Ein Großteil des Moduls bezieht sich auf die Außendarstellung der Praxis. In diesem Themenbereich erstrecken sich die Kriterien vom äußeren Erscheinungsbild über Kommunikationskanäle hin zur Erreichbarkeit während der Praxiszeit oder Informationen über die ärztliche Versorgung außerhalb der Praxiszeit. Darüber hinaus befasst sich das Modul mit der Verwendung von Informationstechnologie, der praxisinternen Kommunikation sowie datenschutzrelevanten Aspekten beim Datenaustausch zwischen zuweisenden Ärztinnen/ Ärzten bzw. bei Überweisungen zu sonstigen Kooperationspartnern.

5. Sicherheit

In diesem Modul sind sämtliche technischen als auch medizinisch sicherheitsrelevanten Aspekte einer Praxis zusammengefasst. Die technischen Kriterien beziehen sich auf Schutz und Absicherung der Praxisräumlichkeiten, Umgang mit Datensicherung sowie Brand- und Arbeitsschutz. Die medizinischen

Kriterien umfassen Hygienemaßnahmen, den Umgang mit Notfallsituationen sowie Arzneimittel- bzw. Medizinproduktmanagement.

6. Organisatorisches

Dieses Modul enthält vier wesentliche Themengebiete für einen reibungslosen Praxisalltag. Ein Themengebiet umfasst den richtigen Umgang sowie die Entsorgung von medizinischen und nicht-medizinischen Abfällen. Ein weiteres Themengebiet beinhaltet alle administrativen Aspekte der richtigen und sicheren Lagerhaltung und Beschaffung von Medizinprodukten, Arzneimittel und sonstigen Materialien. Ein drittes Themengebiet sichert die Funktionsweise und somit die regelmäßige Wartung der vorhandenen medizinischen Geräte. Mit Hilfe des vierten Themengebiets soll die Erreichbarkeit von medizinischer Versorgung außerhalb der Praxiszeiten gewährleistet werden.

7. Personalmanagement & Mitarbeiterorientierung

Die Inhalte dieses Moduls befassen sich mit Themengebieten wie Auswahl, Führung und Entwicklung von Personal sowie Work-Life-Balance. Die Kriterien und Fragen dazu unterteilen sich auf Aspekte wie bspw. Personalplanung, Einschulung neuer Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter, Arbeitsrecht und Arbeitszeitregelung, Mitarbeitergespräche oder Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

8. Innovation, Verbesserung & Prävention

Die Inhalte des Moduls finden sich grundsätzlich als Kernbereich in jedem Qualitätsmanagementsystem wieder. Durch den Einsatz von Analyse- und Managementtools sollen Risiken und Fehler minimiert werden. Der Kriterienkatalog enthält Fragen zu festgelegten Vorgangsweisen im Risikomanagement oder strukturiertem Fehlermanagement sowie den Umgang mit Beinahe-Fehlern. Die Teilnahme an klinischen Studien sowie die Abhaltung und Teilnahme an Qualitätszirkeln wird ebenfalls erhoben. Die Anwendung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (PDCA- Zyklus) fördert das Erkennen von Verbesserungspotentialen und hilft zusätzlich bei der Vermeidung von erkannten Risiken.

QEP besteht aus drei Bausteinen, die als Phasen bezeichnet werden können. Gemäß SGB V hat der G-BA sicherzustellen, dass QMS inhaltlich den Mindestanforderungen nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entsprechen. In der Befähigungsphase machen sich die verantwortlichen Personen mit den Praktiken von QM sowie dem QEP vertraut und können dazu ein eineinhalb tägliches Einführungsseminar mit vielen praktischen Übungen besuchen und anschließend an Qualitätszirkeln teilnehmen. Die Seminare werden auf Basis eines einheitlichen Curriculums von den regionalen KVen angeboten und von einem speziell ausgebildeten und lizenzierten QEP-Trainerteam durchgeführt. Dabei wird der QEP- Zielkatalog vorgestellt, welcher Erklärungen und Fragebeispielen zu jedem Kapitel beinhaltet und somit die Formulierung praxisrelevanter Qualitätsziele erleichtert, und konkrete Hinweise für die Umsetzung gibt. Der QEP-Zielkatalog ist stark prozessorientiert und an den Ablauf der Patientenversorgung angelehnt. Ein wesentliches Charakteristikum ist, dass zahlreiche Themen und Ziele in Wechselwirkung zueinander stehen. Querverweise erleichtern die Umsetzung erheblich.

In der Umsetzungsphase wird QEP in die Praxis eingeführt und um den Prozess zu erleichtern, wird seitens der KVen ein QEP- Manual, bestehend aus Musterdokumenten, Umsetzungsvorschlägen und Beispielen zur Bearbeitung von Kernzielen, angeboten. Zusätzlich empfehlen die KVen die Teilnahme an weiterführenden Schulungen und stehen im Zweifelsfall via Hotline telefonisch beratend zur Verfügung.

In der Bewertungsphase findet die in der QM-Richtlinie des G-BA vorgeschriebene jährliche Selbstbewertung statt. Anhand des QEP-Zielkataloges wird eine strukturierte Selbstbewertung durchgeführt um Verbesserungspotentiale aufzuzeigen.

Die Qualitätsziele sind im QEP- Zielkatalog zusammengefasst und in die Kapitel Patientenversorgung, Patientenrechte und -sicherheit, Mitarbeiter und Fortbildung, Praxisführung und Organisation sowie Qualitätsentwicklung gegliedert. Der QEP-Zielkatalog kann auf freiwilliger Basis um die AQUIK- Indikatoren und Kennzahlen erweitert werden. Die fünf Kapitel des Zielkataloges sind in 144 Qualitätsziele, wovon 63 als Kernziele bezeichnet werden, unterteilt, und werden letztlich in Form von 272 Indikatoren konkretisiert und operationalisierbar gemacht. Die als Kernziele hervorgehobenen Qualitätsziele haben einen hohen Stellenwert in Bezug auf den

Aufbau eines QM-Systems. Da der Zielkatalog einen allgemeingültigen Ansatz verfolgt, kann die Relevanz der Qualitätsziele je nach Fachrichtung und Praxisgröße variieren. Das kann so weit führen, dass in begründeten Fällen ganze Ziele aus der Bewertung ausgeschlossen werden. (Vgl. Johannes 2012, QEP-Zielkatalog <http://www.kbv.de/html/1374.php> Zugriff am 16.08.2014)

4.3 Selbstevaluierung und Überprüfung

Die Selbstevaluierung stellt einen der zentralen Punkte in ÖQM dar. Die ÖQM hat gemäß § 30 QS-VO 2012 der Praxisinhaberin/ dem Praxisinhaber, entweder auf Papier oder online, einen Evaluierungsbogen zur Verfügung zu stellen, und dieser muss in einer 4 wöchigen Frist beantwortet retourniert werden. Der Evaluierungsbogen beinhaltet insgesamt 97 Fragen, die im Wesentlichen die in der Verordnung definierten Standards abfragen, jedoch einen deutlichen Schwerpunkt auf Struktur- und Prozessqualität aufweisen. Auf die geforderte Ergebnisqualität wird nur wenig eingegangen. Die Fragen werden geschlossen gestellt, so dass sie nur mit „Ja“ oder „Nein (Mangel)“ bzw. teilweise mit „Nicht zutreffend“ zu beantworten sind. (Vgl. www.oeqmed.at Zugriff am 08.05.2016) Die fachspezifischen Fragen sind öffentlich nicht einsehbar. Nachdem der Evaluierungsbogen fertig ausgefüllt wurde, muss er an die ÖQMed zurückgesendet werden. Danach erfolgen eine Plausibilitätsprüfung der Angaben sowie eine stichprobenartige Überprüfung (Validitätsprüfung). Die Stichprobe wird dabei zufällig, computergestützt und randomisiert ausgewählt und darf Größe 200 pro 3000 NÄ nicht unterschreiten. (Vgl. QS-VO 2012)

QEP empfiehlt bereits zu Beginn eine erste Selbstbewertung anhand des QEP-Zielkataloges durchzuführen. Dadurch kann der Ist-Zustand erhoben werden, auf den der Maßnahmenplan aufzusetzen hat. Nach Umsetzung der Maßnahmen ist eine verpflichtende Selbstbewertung durchzuführen. Der QEP-Zielkatalog enthält übergeordnete Ziele, konkrete Kernziele sowie Nachweise/ Indikatoren die ausführlich beschrieben sind. Zur Beantwortung der Frage ist eine persönliche Einschätzung, durch abhaken der Fragen abzugeben. Zusätzlich bieten Erläuterungen eine weiterführende Erklärung des Sachverhalts mit Verweisen auf

Rechtmittel bzw. Verordnungen sowie damit verbundenen anderen Kernzielen. (Vgl. www.kbv.de 2016)

4.4 Zertifizierung und Kosten

ÖQM bietet auf freiwilliger Basis eine externe Überprüfung durch von der ÖQMed akkreditierte ÖQM- Auditoren. Vorab müssen jedoch die vollständig ausgefüllten Modulkataloge übermittelt werden. Die eingesandten Dokumente werden auf Vollständigkeit geprüft und anschließend wird ein Termin zur externen Überprüfung der Zielerreichung im Rahmen einer Visitation durch eine ÖQM- Auditorin/ einen ÖQM- Auditor vergeben. Die Durchführung eines ÖQM Audits setzt die Implementierung von mindestens vier Modulen, einschließlich dem Modul 1 „Steuerung & Führung“ voraus. Die Umsetzung der einzelnen Kriterien im Praxisalltag muss der ÖQM- Auditorin/ dem ÖQM- Auditor dargelegt werden. Dies wird nicht nur anhand der Dokumente überprüft, sondern auch die Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter müssen die Inhalte der Modulkataloge erläutern und anwenden können. Falls Teilbereiche eines Moduls in der Praxis nicht erforderlich sind, muss die plausibel begründet sein. Nach dem Audit erhält die Praxis in schriftliches Protokoll des Besuches, in dem sämtliche qualitätsrelevanten Stärken und Schwächen aufgezeigt werden. Dieses Protokoll ist eine wesentliche Grundlage für weitere Verbesserungsmaßnahmen sowie die eigentliche Zertifizierung. Die Auditoren müssen mindestens 5 Jahre als Ärztinnen/ Ärzte in einer Praxis tätig gewesen sein, und haben u.a. noch besondere Qualifikationen und Kenntnisse im Qualitäts- und Prozessmanagement mitzubringen.

Wird die erfolgreiche Implementierung der ausgewählten Module durch die ÖQM- Auditorin/ den ÖQM Auditor nach Abschluss der Visitation bestätigt, erhält die Praxis ein fünf Jahre gültiges Zertifikat als Nachweis der erbrachten QM-Maßnahmen in den jeweiligen Modulen. Neben dem Zertifikat erhält die Praxis auch ein ÖQM-Gütesiegel zur Verwendung auf Briefpapier und sonstigen Medien.

Die Finanzierung von ÖQM erfolgt solidarisch über Beiträge aller NÄ und ist bei Inanspruchnahme kostenlos, mit Ausnahme der Kosten für das Audit. Diese liegen bei Brutto 960.- Euro. (Vgl. www.oeqm.at, Zugriff: 06.06.2015)

In QEP geht in der Regel eine interne Selbstbewertung einer mögliche Fremdbewertung sowie Zertifizierung durch neutrale Dritte voraus. Wenn die Selbstbewertung ergeben hat, dass alle anwendbaren Nachweise/ Indikatoren der Kernziele des QEP-Zielkataloges erfüllt sind, kann eine Zertifizierung der Praxis beantragt werden. Möchte eine Praxisinhaberin/ ein Praxisinhaber seine Praxis zertifizieren lassen, meldet sie/ er sich bei einer durch die KBV akkreditierte Zertifizierungsstelle und diese beauftragt in weiterer Folge eine QEP-Visitation. Der Zertifizierungsprozess beginnt mit der Durchsicht aller relevanten Dokumente wie dem QM-Handbuch und erst danach findet eine Visitation in der Praxis statt. Die Visitorin/ der Visitor hat dabei einen Bericht über die Visitation zum Nachweis der erbrachten Leistung zu erstellen. Werden dabei min. 90% der Zielevorgaben des QEP-Zielkataloges erbracht, insbesondere die Erfüllung der 63 Kernziele, wird ein Zertifikat mit einem Gültigkeitszeitrahmen von drei Jahren ausgestellt. Nach Ende der Gültigkeit kann eine Rezertifizierung erfolgen und die Gültigkeit verlängert werden.

Die QEP-Visatoren sind Ärzte, Psychotherapeuten oder andere Personen mit beruflicher Erfahrung im ambulanten Versorgungsbereich. Um als Visitorin/ Visitor tätig zu werden, muss man am Auswahl- und Ausbildungsverfahren der KBV teilnehmen und dieses abschließen.

Ein weiterer Punkt der QEP für NÄ sehr attraktiv macht sind die moderaten Kosten, die von Praxisgröße und –komplexität sowie der am Einführungsseminar teilnehmenden Anzahl der Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter beeinflusst werden. Die Gesamtkosten inklusive Zertifizierung belaufen sich in etwa auf 2000 Euro. (Vgl. Frank 2005, Johannes 2012, Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009, Vogg 2011)

4.5 *Transparenz der Ergebnisse*

Die verbindliche Darstellung und veröffentlich der Ergebnisse aus Qualitätssicherungsmaßnahmen ist seit dem Erlass der QS-VO 2006 eine Aufgabe der ÖQMed. Um den Vorgaben gerecht zu werden, ist ein Bericht zur Darstellung der Evaluierungsergebnisse und Kontrolle der/ dem BMG anonymisiert zur Verfügung zu stellen. Die Inhalte sollen dabei u.a. die Ergebnisse der Selbstevaluierung, der Validitätsprüfung, eine Mängelstatistik sowie die Kontrolle

der Mängelbehebung, die Darstellung der Anhebung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität enthalten. Mit dem Ärztlichen Qualitätsbericht 2012 erstellte die ÖQMed erstmalig einen derartigen Bericht mit der Auswertung der Evaluierungsergebnisse der Jahre 2006 bis 2011, dem ersten Evaluationszyklus. Der Bericht beinhaltet neben der Darstellung des Evaluierungsprozesses die Ordinationslandschaft nach Fachrichtung, die Evaluierungsergebnisse, eine Mängelstatistik, eine Überprüfungsstatistik der Vorort-Besuche, operative Kennzahlen sowie eine Kundenbefragung der überprüften Ärztinnen/ Ärzte. Der Fragebogen zur Kundenbefragung ist im Bericht nicht enthalten. Neben dem Bericht hat die ÖQMed entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ein elektronisches Qualitätsregister zu führen, welches die gesammelten Ergebnisse zusammenführt. Mit dem Jahresbericht 2014 veröffentlichte die ÖQMed einen nächsten Qualitätsbericht für die Jahre 2012- 2014, dem zweiten Evaluierungszyklus, nach den Vorgaben der QS-VO 2012. Der Bericht knüpfte an die Daten aus dem Qualitätsregister an und beinhaltet Auswertungen zu den Evaluierungsergebnissen, einen Nutzungsvergleich zwischen Online-Evaluierung vs. Papierfragebogen, die Ergebnisse der stichprobenartigen Vor-Ort-Überprüfungen, Übersichten zu noch laufenden Evaluierungen, Mängelbehebungsaufträgen sowie den häufigsten Mängeln und einen Vergleich zum ersten Evaluierungszyklus. Die Ergebnisse der Evaluierungen werden überbegrifflich zusammengefasst und in Häufigkeiten dargestellt, wodurch ein Rückschluss auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht möglich ist. Der Umfang des Berichtes ist auf die Kernaussagen reduziert und hat eher Informationscharakter. Tiefgehende Analysen sowie Interpretationen werden nicht durchgeführt. (Vgl. ÖQMed 2012, ÖQMed 2014)

In Deutschland sind mehrere Institutionen durch das SGB V dazu verpflichtet, Daten zur Qualitätssicherung zu erheben. Für den ambulanten Bereich sind das insbesondere die KBV sowie der G-BA. Die jährlich verpflichtende Berichterstattung der KBV an den G-BA wurde in der QM- Richtlinie zur Vertragsärztlichen Versorgung der G-BA festgehalten. Dabei werden die dokumentierten Ergebnisse des Einführungs- und Entwicklungsstandes von Qualitätsmanagementsystemen durch die Qualitätsmanagement-Kommission jeder KV innerhalb einer Abgabefrist an die KBV übermittelt. Die KBV gliedert die Ergebnisse nach Fachbereich und erstellt einen Bericht, den sie innerhalb einer Frist an den G-BA zu übermitteln hat.

Der G-BA hat in regelmäßigen Abständen einen Bericht zum Stand der Qualitätssicherung und das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln sowie zu veröffentlichen. Für den stationären Bereich gibt es diesen Qualitätsbericht bereits seit 2008, für den ambulanten Bereich ist bis dato noch kein Qualitätsbericht veröffentlicht worden.

Der Qualitätsbericht der KBV ist sehr umfassend und wird bereits seit 2003 jährlich veröffentlicht. Die aktuellste Ausgabe 2015 (Berichtsjahr 2014) ist in drei Abschnitte strukturiert und fasst die Ergebnisse der regionalen KVen zusammen, macht Angaben zu Aktualisierungen von Programmen und umschließt Einrichtungen, die auch an der Qualitätssicherung beteiligt sind.

Im ersten Abschnitt werden eingangs die Ergebnisse zusammengefasst und nach Bereichen gegliedert dargestellt. Danach werden Aktualisierungen in Qualitätssicherungsvereinbarungen zu Behandlungs- sowie Untersuchungsmethoden angeführt. Anhand eines Rückblicks auf die Ergebnisse der Stichprobenüberprüfungen der Jahre 2008 bis 2014 wird der Ablauf des Überprüfungsprozesses beschrieben. Im Anschluss daran wird auf die Qualitätsinitiativen aller regionalen KVen sowie einzelner Institutionen, die auch an der Qualitätssicherung beteiligt sind, aufmerksam gemacht.

Im zweiten Abschnitt werden die einzelnen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung zu den Bereichen mit Genehmigungsvorbehalt präsentiert und die Ergebnisse anhand von Häufigkeiten in den jeweiligen Regionen dargestellt. Jeder Abschnitt fasst die Ergebnisse zusammen und gibt je nach Bereich Auskunft über die Anzahl der erteilten Genehmigungen, die Höhe der Stichprobe, die Anzahl der geprüften Patientendokumentationen, die Anzahl der Frequenzüberprüfungen, die Anzahl der geprüften Fortbildungsnachweise sowie die Anzahl der Geräteüberprüfungen der regionalen KVen. Darüber hinaus werden Disease-Management-Programme sowie deren Inanspruchnahme vorgestellt, Fortbildungsangebote der KVen sowie Nachweise der Teilnahme an solchen dargestellt, Angaben zur Teilnahme an Qualitätszirkeln und Peer-Reviews aufgelistet und ein Überblick zu sektorenübergreifender Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement sowie QEP gegeben. Im Disease-Management-Programm zu Brustkrebs wurden die Qualitätsziele benannt und ihre Erreichung dargestellt.

Im dritten Abschnitt werden Hintergrundinformationen, u.a. zur ambulanten Qualitätssicherung und Ärztestruktur, zur Verfügung gestellt. (Vgl. QM-Richtlinie G-BA 2015, Qualitätsbericht KBV 2015)

4.6 Direkte Gegenüberstellung der wichtigsten Eckpunkte von ÖQM und QEP

Abbildung 3: Gegenüberstellung ÖQM und QEP

	ÖQM	QEP
Anbieter	ÖQMed, 100% Tochter der ÖÄK	KBV
Zielgruppe	Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte	Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeuten
Pilotphase	Nein	Ja, mit 61 Praxen
Grundlagen	Arbeitsabläufe und Rahmenbedingungen, der Praxisalltag der niedergelassenen Ärztin/ des niedergelassenen Arztes steht im Mittelpunkt	Abläufe, Tätigkeiten sowie die Rahmenbedingungen aller Praxisbereiche werden betrachtet
Systemaufbau	8 Module, die Kriterien und weiterführende Dokumente und Informationen sowie eine Literaturliste beinhalten	Verschiedene Bausteine und Unterstützungsinstrumente: Qualitätszielkatalog, Einführungsseminar, Manual und Zertifizierungsverfahren
Indikatoren und Kriterien	Kriterien und Fragen sind in Modulkatalogen abgebildet. Indikatoren werden nicht de	Indikatoren und Kriterien sind im Zielkatalog festgehalten und können freiwillig um das AQUIK-Indikatorenset erweitert werden

Abbildung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	Sehr struktur- und prozesslastig, Ergebnisqualität wird bisher nicht abgebildet	Großteils struktur- und prozesslastig, Ergebnisqualität wird jedoch in einigen Zielen zu Behandlungsprozessen abgefragt
Eigenschaften	<ul style="list-style-type: none"> • Modularer Aufbau • Sprache der Ärzteschaft • Konkrete Lösungsvorschläge • Unterstützende Dokumente • Wenig Bürokratie • Kriterien und Fragen • Prozessorientiert • Optimierung der Arbeitsabläufe 	<ul style="list-style-type: none"> • Modularer Aufbau • Praxisspezifisch • Handbuchgestützt • Indikatoren orientiert • Prozess- und Ergebnisorientiert • Messbare Kriterien • Auf Qualitätsziele gerichtet • Weiterentwicklungsfähig • Kompatibel zu anderen QM-Verfahren
Inhalte der unterstützenden Dokumente	Checklisten, Mustervorlagen, Informationen zu unterschiedlichen Themen und Bereichen	Umsetzungsvorschläge, Tipps, Serviceinformationen und Mustervorlagen für interne Dokumente
Schulungen durch den Anbieter	Nein	Ja, ein Einführungsseminar ist Teil des Verfahrens
Evaluierungsverfahren	Selbstevaluierung anhand der Modulkataloge	Selbstevaluierung, anhand des QEP-Zielkataloges (Kann bereits zur Ist-Analyse freiwillig durchgeführt werden)
Transparenz der Ergebnisse	Jährlicher Qualitätsbericht	Jährlicher Qualitätsbericht
Visitation/ Audit	Ja, aber auf freiwilliger Basis	Ja

Ausbildung der Auditorin/ des Auditors	Ausgebildete Ärztin/ Ausgebildeter Arzt, min. 5 Jahre Berufserfahrung im niedergelassenen Bereich, Grundlagen von QM, Rechtliche Grundlagen, Prozessmanagement, Führungsaufgaben, Problemlösetechniken, Gesprächsführung. Darüber hinaus Vertrauenswürdigkeit und soziale Kompetenz	Ausbildung im medizinischen Bereich vorgeschrieben, QM-Ausbildung und Erfahrung im ambulanten Bereich sowie mit QEP notwendig, Akkreditierung durch die KBV, QEP-Visitoren Ausbildung
Zertifizierung	Ja, aber auf freiwilliger Basis	Ja, verpflichtend
Zertifizierungsstelle	Intern, durch die ÖQMed selbst	Externe, durch von der KBV akkreditierte Zertifizierungsstellen
Stichprobenüberprüfung	Ja, mit Hilfe einer Randomisierungssoftware werden die niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzte ausgewählt. 2014 wurden 204 Überprüfungen durchgeführt.	Ja, mindestens 2,5% der niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzte werden jährlich überprüft, unabhängig vom Ergebnis der Selbstevaluierung. 2014 wurden 13.600 Überprüfungen durchgeführt.
Zu erreichende Limits für eine erfolgreiche Zertifizierung	Limits werden nicht explizit hervorgehoben, dafür gibt es Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen: <ul style="list-style-type: none"> • Abgeschlossene Selbstevaluierung • Vollständige Dokumente • Geschulte Mitarbeiter 	Erfüllung aller relevanten Kernziele, 90% der Nachweise für eine Erstzertifizierung, 96% bei Folgezertifizierung Vollständige Dokumentation

	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Prozess • Durchgeführtes positives Audit • Implementierung von mindestens 4 Modulen, Modul 1 ist zwingend erforderlich 	
Gültigkeitsdauer des Zertifikats	5 Jahre	3 Jahre
Folgezertifizierung	Geht aus der vorliegenden Literatur nicht eindeutig hervor	Ja, eine Folgezertifizierung wird angeboten

5 Diskussion

In beiden Ländern wurde die Qualitätsarbeit seitens der Gesetzgebung zunehmend geschärft, um eine rechtliche Grundlage für die niedergelassenen Bereiche zu schaffen. In Deutschland sind alle gesetzlichen Vorgaben zu Qualitätssicherung im fünften Sozialgesetzbuch geregelt. Kompakt und übersichtlich. In Österreich hingegen, so hat es vor allem für Laien den Anschein, gibt es einen Gesetzeswildwuchs, in dem einerseits viele Rahmenvorgaben (Art.15a B-VG, G-ZG 2013) von höchster politischer Ebene erstellt wurden, die dann andererseits je nach Zuständigkeitsbereich in den einzelnen Gesetzen (GQG 2004, ÄrzteG 1998, Gesundheitsreformgesetz 2013) teils spezifiziert wurden. Unübersichtlich und kompliziert nachzuvollziehen.

Die Gesetzestexte beinhalten Rahmenvorgaben und strategische Zielsetzungen, konkrete Vorgaben zur Qualitätssicherung sowie zur Formulierung von Standards und Kriterien werden mittels Qualitätssicherungsrichtlinien gemacht. In Österreich ist grundsätzlich das BIQG, im Auftrag des BMG, mit der Entwicklung von Qualitätsstandards, darunter fallen auch Qualitätskriterien bzw. –indikatoren, beauftragt. Da das ÖQM jedoch ein von der ÖQMed entwickeltes System ist, kann das BIQG hier nur im Zuge des Vorsitzes im Wissenschaftlichen Beirat Empfehlungen abgeben. Die Empfehlungen müssen von der ÖQMed nicht befolgt werden. Was in Österreich nur schwer umsetzbar wäre, wurde in Deutschland bereits vollzogen. Die rigorose Trennung der Vorgabenerstellung, der Umsetzung und der Kontrolle. Der G-BA beauftragt das fachlich unabhängige AQUA-Institut Methoden und Verfahren zur Qualitätssicherung, darunter fällt auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, zu entwickeln. Die Umsetzung obliegt der Ärzteschaft mit Unterstützung der KBV und die Kontrolle der Umsetzung wird durch externe Zertifizierungsstellen durchgeführt. Dies führte erwartungsgemäß zu heftigem Widerstand, mit der Begründung, der Ärzteschaft Qualitätssicherung zwar als Berufspflicht vorzuschreiben, aber ihnen nicht die Möglichkeit zu geben, aktiv an der strategischen Ausrichtung mitzuarbeiten.(Vgl. Kaiser 2004) Lediglich ein Recht zur Stellungnahme zu Themen des G-BA wurde der BÄK eingeräumt. Und das ist gut so. Denn einerseits hat es einen etwas faden Beigeschmack, wenn derjenige, der die Vorgaben erstellt, diese auch kontrolliert und andererseits ist eine Beeinflussung der Schärfe der Kriterien durch die BÄK nicht gegeben. Wäre sie

dabei, könnten Verhandlungen verzögert wenn nicht gar blockiert werden. In Österreich überlässt man die Vorgabenerstellung den Profis, der ÖÄK selbst. Die ÖQMed, als unabhängige ,100% Tochtergesellschaft, ist für die Umsetzung der Vorgaben der ÖÄK und der Erarbeitung der von ihr zu überprüfenden Kriterien zuständig. Alles aus einer Hand sozusagen.

Dieser Hintergrund sowie auch die Tatsache, dass in QEP Folgezertifizierungen, mit einem höheren Erreichungsgrad als bei der Erstzertifizierung verlangt werden, in ÖQM hingegen eine Folgezertifizierung nicht erwähnt wird, bzw. für eine Erstzertifizierung „nur“ 4 Module umgesetzt sein müssen, lässt deutlich darauf schließen, dass bei QM in Deutschland eher der Ansatz der ständigen Qualitätsverbesserung verfolgt wird als in Österreich.

Bleiben wir bei den gesetzlichen Vorgaben. Beide Gesetzgeber fordern ein QMS einzusetzen, welches die Qualitätsdimensionen nach Donabedian Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgewogen abbildet. Die Realität zeigt sehr schnell dass dies nicht ausreichend der Fall ist. Das ÖQM ist größtenteils prozess- und strukturlastig, Ergebnisqualität wird bis dato nicht abgebildet. Konsequenz? Keine. Bisher beinhaltet der QEP- Zielkatalog zwar auch überwiegend Prozess- und Strukturkriterien, jedoch können nun optional (!) auch Kriterien zur Ergebnisqualität abgefragt werden (diese stammen aus dem AQUIK-Indikatoren-Set). Nachdem die Erweiterung des QEP-Zielkataloges um die AQUIK-Indikatoren bereits auf freiwilliger Basis möglich war, sich die KBV in einem Projekt weiter mit der Entwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren erfolgreich beschäftigt hat, scheint es nur mehr eine Frage der Zeit zu sein bis diese im QEP-Zielkatalog als verbindlich erscheinen.

Beide QMS nutzen zur Überprüfung des Entwicklungsstandes eine Selbstevaluierung anhand eines Modul- bzw. Zielkataloges. Die Überprüfung ist gesetzlich vorgegeben. Um die Selbstevaluierung effizient und effektiv durchführen zu können, liefern ÖQMed und auch KBV im Vorfeld bereits schriftliche und auch persönliche Unterstützung. Anders als bei der ÖQMed bietet die KBV ein Einführungsseminar für die NÄ sowie alle Praxismitarbeiterinnen/ Praxismitarbeiter an. Dieses wird gemäß Qualitätsbericht sehr gut angenommen und hilft Barrieren ab und Wissen aufzubauen. Hier sollte die ÖQMed nachziehen. Des Weiteren empfiehlt die KBV ihren Schützlingen anhand des QEP-Zielkataloges die Ist-

Situation der Praxis zu erheben, um die Verbesserungspotentiale schnell erkenntlich zu machen.

Eine positive Selbstevaluation dient als Voraussetzung für eine Zertifizierung. Beide Interessensvertretungen entsenden nach Prüfung der Unterlagen Visitoren/ Auditoren für einen Vorort Besuch in die Praxis. Interessant dabei ist, dass in ÖQM der NÄ das Recht hat eine Visitorin/ einen Visitor (ebenfalls NÄ) mit Begründung abzulehnen, wo doch der Erfahrungsaustausch und die Beratung auf Augenhöhe durchgeführt werden sollen und der NÄ dadurch nicht das Gefühl des „kontrolliert werdens“ hat. (Vgl. ÖQM Qualitätsbericht 2012) Was die Ausbildung der Visitoren/ Auditoren betrifft, gibt es zwischen ÖQM und KBV Unterschiede. In ÖQM kommen ausschließlich niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte mit Zusatzausbildungen in Frage. In QEP hingegen können sich neben Ärzten und Psychotherapeuten auch Personen aus dem ambulanten Gesundheitsbereich durch die KBV zu QEP-Visitoren ausbilden lassen. Bei positiv abgeschlossener Ausbildung erhält man eine befristete Akkreditierung. Blickt man auf die öffentlich zugängliche Liste, so sind unter den 32 akkreditierten Visitoren fünf Personen dabei, die nicht approbierte Ärzte oder diplomierte Psychotherapeuten/ Psychologen sind. Die Berufsqualifikationen reichen von Arzthelferin/ Arzthelfer bis zur diplomierten Betriebswirtin/ zum diplomierten Betriebswirt. Im ÖQM wird keine Ausbildung oder Akkreditierung angeboten, solange die Voraussetzungen erfüllt sind und die zuständige Landesärztekammer Vertrauenswürdigkeit bescheinigt, darf man loslegen. Eine nachweisbare Ausbildung, auch wenn es nur eine Eintägige Schulung ist, erzeugt immer ein besseres Bild als keine Ausbildung. Natürlich könnte man dem entgegen, dass ein NÄ mit Berufserfahrung zehn Mal mehr Wissen vom Ablauf in einer Praxis hat, als ein ausgebildeter diplomierte Betriebswirtin, aber meistens sind es genau diese unterschiedlichen Perspektiven, die Systeme vor Betriebsblindheit bewahren. Ob den fachfremden Visitoren in QEP mit geringer Akzeptanz gegenüber getreten wurde, konnte nicht belegt werden. Diese Hürde abzubauen ist neben fundierter Ausbildung mit Sicherheit die schwierigste Aufgabe, gerade wo in Österreich noch immer eine derartige Bedeutsamkeit der Standeszugehörigkeit herrscht. (Was will mir als Arzt ein Betriebswirtschaftler von Praxisführung erzählen?)

Derzeit ist die Zertifizierung einer Praxis noch nicht gesetzlich verpflichtend, und leider ist auch das zu erreichende Limit für eine positive Zertifizierung nicht

gesetzlich verankert. In ÖQM müssen mindestens 4 Module (Modul 1 inklusive) implementiert werden. Nachdem es 8 Module gibt, reichen demnach 50% um eine Zertifizierung zu erhalten. Sehr komfortabel für die NÄ. Somit bleiben auch für Folgezertifizierungen noch Module übrig. In QEP hingegen müssen min. 90% des QEP-Zielkataloges, insbesondere alle 63 Kernziele erbracht sein um eine Erstzertifizierung positiv abzuschließen. Das ist ein beträchtlicher Unterschied, der einen klaren Aufholbedarf in Österreich aufzeigt. Darüber hinaus wird in Österreich keine Folgezertifizierung angeboten bei der ein höheres Limit zu erreichen wäre. In QEP wird das Limit für eine Folgezertifizierung auf 96% angehoben. Betrachtet man die Gültigkeit, so hat man den Eindruck dass man den Zertifizierungsprozess in beiden Systemen nicht ganz zu Ende gedacht hat. In Österreich wird die Gültigkeit mit fünf Jahren angegeben, was danach geschieht ist unklar. Auch im QEP gibt es keine Angaben, wie es nach einer Folgezertifizierung weitergeht, denn irgendwann wird man den 100% nahe kommen und der Effekt der ständigen Weiterentwicklung wäre nicht mehr gegeben. Darüber sollte man sich Gedanken machen, auch wenn man derzeit noch davon entfernt ist den 100% Nahe zu kommen.

6 Literaturverzeichnis

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.) (2009): *Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. 3. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.

Baartmans P., Geng V. (2000): *Qualität nach Maß: Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen*. 1.Auflage. Verlag Hans Huber. Bern.

Bornewasser M., Kriegesmann B., Zülch J. (2014): *Dienstleistungen im Gesundheitssektor: Produktivität, Arbeit und Management*. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010): *Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen*. Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission (BGK).

Czypionka T., Sigl C., Berger M., Kronemann F., Reiss M. (2014): *Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich – Teil 2*. Health System Watch I-B. Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.).

Deutsches Normungsinstitut (2005): *Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (DIN EN ISO 9000:2005)*.

Donabedian A. (1988): *The Quality of Care. How Can It Be Assessed?*. Journal of the American Medical Association Volume 260, No 12, 1743-1748.

Frank M. (2005): *Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – erfolgreich umgesetzt*. 2.Auflage. Schattauer. Stuttgart.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2008): *Verfahren zur Auswahl von qualitätssicherungsrelevanten Versorgungsaspekten und Methoden der*

Qualitätssicherung im Unterausschuss Qualitätsbeurteilung und –sicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Gerlach F. (2001): *Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin.* 1. Auflage. Thieme. Stuttgart.

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2012): *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 – inklusive Großgeräteplan.* Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Wien.

Johannes H., Wölker T. (2012): *Arbeitshandbuch Qualitätsmanagement. Mustervorlagen und Checklisten für ein gesetzeskonformes Qualitätsmanagement in der Arztpraxis.* Springer-Verlag. Berlin Heidelberg.

Kaiser R. H., (2004): *Bestimmungen des SGB V zu Qualitätssicherung/-management und ärztlicher Fortbildung nach den Änderungen durch das GMG.* Internist 2004 (45:949-954), Springer-Verlag, Frankfurt am Main.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2009): *QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen.*

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2015): *Qualitätsbericht Ausgabe 2015.* Berichtsjahr 2014.

Lauterbach K., Lungen M., Schrappe M. (2010): *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence Based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium.* 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Schattauer. Stuttgart.

Mühlenkamp H., (2006): *Ökonomische Überlegungen zur Messung und Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen in Liberalisierung im Gesundheitswesen.* Braun G.E., Schulz-Nieswandt F., (Hrsg.).

Nüllen H., Noppeney T. (2007): *Lehrbuch Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Entwicklung und Einführung eines QMS*. 3. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.

Obermann K., Müller P. (2007): *Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte*. Der Urologe (46:851-863). Springer Medizin Verlag. Online publiziert: 22. Juni 2007.

Oppen M. (1995): *Qualitätsmanagement. Grundverständnisse, Umsetzungsstrategien und ein Erfolgsbericht: die Krankenkassen*. 2. unveränderte Auflage. Ed Sigma. Berlin.

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (Hrsg.) (2012): *Ärztlicher Qualitätsbericht 2012*.

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (Hrsg.) (2014): *Jahresbericht 2014*. Evaluierungswelle 3.

Stiftung Gesundheit (Hrsg.) (2012): *Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Hygiene in der ärztlichen Praxis 2012. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte*.

Vogg I., Fleßa S. (2011): *Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Leitfaden zur Einführung eines QM-Systems in Arztpraxen*. 1. Auflage. Gabler Verlag. Wiesbaden.

7 Internetadressen

www.aerztekammer.at

www.bundesaerztekammer.de

www.g-ba.de

www.oeqm.at

www.kbv.de

www.springermedizin.at

8 Rechtsgrundlagen

Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) StF: BGBl. I Nr. 169/1998 (NR: GP XX RV 1386 AB 1400 S. 142. BR: AB 5785 S. 645.) (CELEX-Nr.: 378L0686, 378L0687, 381L1057, 393L0016). Fassung vom 06.08.2013. Zugriff über <https://www.ris.bka.gv.at>

Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G- ZG) StF: BGBl. I Nr. 81/2013 (NR: GP XXIV RV 2243 AB 2255 S. 200. BR: AB 8961 S. 820.). Fassung vom 27.08.2013. Zugriff über <https://www.ris.bka.gv.at>

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG) StF: BGBl. I Nr. 179/2004 (NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.). Fassung vom 06.08.2013. Zugriff über <https://www.ris.bka.gv.at>

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern- Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das

Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Gesundheitsreformgesetz 2013) Entwurf. Fassung vom 01.10.2013. Zugriff über <https://www.ris.bka.gv.at>

Gesamtvertrag abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer, Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte (im Folgenden kurz Kammer genannt) einerseits und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft (im Folgenden kurz SVA genannt) andererseits. In Kraft getreten am 1. Juni 2012. Fassung vom 12.11.2013. Zugriff über: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?&contentid=10008.566673&action=b&cacheability=PAGE>

Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinie der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V vom 22.12.2010

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren. (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 (S.17 329) in Kraft getreten am 1. Januar 2006.

Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Fassung der Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 11. Dezember 2015, in Kraft getreten durch die Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt am 11.01.2016. DÄBl. Jg. 113, Heft 1/2, S. A 40, [betr. § 7c]

Sozialgesetzbuch V (SGB) <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de>

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit
StF: LGBl.Nr. 78/2013 (GP XXVII RV 823/2013 AB 864/2013 LT 34). Fassung vom
06.08.2013. Zugriff über <https://www.ris.bka.gv.at>

Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der
ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie
Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012) in der
Fassung der 1. Novelle der QS-VO 2012. Konsolidierte Fassung vom 13.10.2013.
Zugriff über [http://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-
/asset_publisher/ZHk4/content/id/24870](http://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/ZHk4/content/id/24870)