



## Qualitätssicherung in Praxen: Eine europäische Perspektive

Thomas Czypionka, Monika Riedel, Gerald Röhrling\*

### Zusammenfassung

Viele Gesundheitsreformen der letzten Jahre in Europa machten Qualität zum Thema, so auch die österreichische. Mit der fünften Novelle des Ärztegesetzes wurde auch ein Evaluierungsverfahren für alle niedergelassenen ÄrztInnen verpflichtend eingeführt. In einem Fragebogen werden Struktur- und Prozesskriterien abgefragt und stichprobenartig vor Ort kontrolliert. Das Verfahren ist insgesamt diskussionswürdig. Die Landschaft der externen Qualitätssicherung in Europa ist sehr heterogen und im Aufbau begriffen, nicht überall gibt es diesbezüglich überhaupt verpflichtende Maßnahmen. Wir finden zum Teil jedoch auch weniger kontrollierende und mehr auf die Qualitätsentwicklung ausgerichtete verpflichtende Verfahren. Außerdem beziehen einige Länder in die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben eine größere Zahl an Interessengruppen mit ein.

### Einleitung

Bezüglich unserer diesjährigen Thematik der Qualität im niedergelassenen Bereich gab es in Österreich in den letzten Jahren zwei wesentliche gesetzliche Änderungen, nämlich das Gesundheitsreformgesetz und die fünfte Novelle des Ärztegesetzes. In dieser Ausgabe des Health System Watch wollen wir zu Beginn die Qualitätsaspekte beider Gesetze kurz beleuchten. Anschließend stellen wir das kürzlich gestartete Evaluierungsverfahren für Praxen nach dem Ärztegesetz vor und betrachten Entwicklungen in anderen Ländern Europas.

### Das Thema „Qualität“ in der österreichischen Gesundheitsreform

Als 179. Bundesgesetz 2004 trat am 1. Jänner 2005 das Gesundheitsreformgesetz in Kraft. Es novelliert zahlreiche bestehende Gesetze wie das Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und das Ärztegesetz mit dem Ziel einer umfassenden Reform des Gesundheitssystems. Seine Zielsetzungen spiegeln sich aufgrund der föderalen Organisation des österreichischen Gesundheitswesens auch in den Vereinbarungen gemäß Art. 15a Bundesverfassungsgesetz wider. Kernpunkte des Gesetzes sind einerseits ein stärkeres Zusammenwirken der einzelnen Sektoren und Körperschaften durch die Schaffung der den intra- und extramuralen Bereich übergreifenden Landesgesundheitsfonds und Gesundheitsplattformen, welche sich im Frühjahr 2006 konstituiert haben, und der Bundesgesundheitsagentur. Diese Maßnahmen sollen die Planung und Finanzierung im Gesundheitswesen koordinieren helfen und zu einer Effizienzsteigerung führen.

Ein wichtiges Thema war in diesem Zuge aber gerade auch die Qualität im Gesundheitswesen, welches gleichsam einen Grundtenor darstellt und an zahlreichen Stellen seinen Niederschlag findet. So wird gleich als erster Punkt der Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur die „Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen“ genannt, die unter Mitwirkung der Gesundheitsplattformen auf Landesebene umgesetzt und kontrolliert werden sollen. Ein eigenes Gesundheitstelematikgesetz regelt die für Planung und Qualitätsarbeit unabdingbare EDV-Unterstützung im Umgang mit Gesundheitsdaten. Kernstück der Qualitätsbemühungen in der Gesundheitsreform ist aber das Gesundheitsqualitätsgesetz.

\* Alle: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,  
Stumpfergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-126, E-Mail: riedel@ihs.ac.at  
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>

Das Thema  
„Qualität“ in der  
österreichischen  
Gesundheits-  
reform





## Das Gesundheitsqualitätsgesetz

### Das Gesundheitsqualitätsgesetz

Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes wurde ein eigenes Gesundheitsqualitätsgesetz erlassen, welches die Maßnahmen bezüglich Qualität im österreichischen Gesundheitssystem maßgeblich beeinflussen wird. Daher werden wir die Grundsätze des Gesetzes hier kurz zusammenfassen.

Erstes wichtiges Ziel ist der Aufbau eines österreichweiten Systems der Qualitätsarbeit. Die dafür geltenden Grundsätze liegen praktisch allen Bestimmungen des Gesetzes zugrunde: PatientInnenorientierung, PatientInnensicherheit, Transparenz, Effektivität, Effizienz, Bundeseinheitlichkeit. Außerdem sollen alle Maßnahmen bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend sein. Letzteren Grundsätzen liegt die kaum bestreitbare Logik zugrunde, dass die Qualität der Behandlung weder von der Art des Leistungserbringers (Spital, niedergelassene ÄrztInnen etc.) noch von Stufen in der Versorgung (z. B. Spitalsentlassung oder -einweisung, Betreuung durch mehrere Leistungserbringer parallel) oder dem Bundesland abhängen soll.

Zu diesem Zwecke *können* mit dem Gesetz wörtlich auch

- ◆ Richtlinien
- ◆ Leitlinien
- ◆ Qualitätsindikatoren

festgelegt werden. Zu bemerken ist hier, dass Richtlinien in der Fachsprache im Gegensatz zu Leitlinien verpflichtende Vorgaben enthalten, die per Verordnung geregelt sind. In den Erläuterungen zum Gesetz<sup>1</sup> ist dementsprechend auch von dem Grundsatz die Rede, von einer „freiwilligen Mitwirkung an Qualitätsaktivitäten“ zu „verbindlicher Qualitätsarbeit“ kommen zu wollen. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit, Verordnungen mit bindenden Handlungsanweisungen für einzelne Schritte ärztlichen Handelns zu erlassen, eine sicherlich sehr kontroverielle Thematik. Im Bereich der Strukturqualität ist bemerkenswert, dass einheitliche Qualitätskriterien ebenfalls unabhängig von der Organisationsform geschaffen werden und somit auch für entsprechende Leistungen extramural gelten sollen.

In den Erläuterungen zum Gesetz wird deutlich, dass im Großen und Ganzen diese Standards erst erarbeitet werden müssen. Entsprechend den Grundsätzen ist hier nicht nur an einzelne Bereiche gedacht: EBM-basierte Disease-Management-Programme (DMPs) sind explizit als mögliches Ziel genannt. Inzwischen befindet sich das erste DMP in Österreich bereits in Umsetzung, nämlich zu Diabetes mellitus.

Komplementär zum Qualitätssystem soll auch eine österreichweite Qualitätsberichterstattung aufgebaut werden. Neben den genannten Grundsätzen möchte man hier den administrativen Aufwand für die Beteiligten gering halten und bestehende Dokumentationen verwerten, ein Feedback an die Berichtenden soll erfolgen, was naturgegeben zweckmäßig ist. Darüber hinaus ist auch in geeigneter Form an eine Veröffentlichung des Qualitätsberichts gedacht. Es sollen möglichst alle Leistungserbringer und Kostenträger erfasst werden.

Grundsätzlich ist eine solche Berichterstattung zu begrüßen, da zur Zeit kaum vergleichbare Zahlen zur Verfügung stehen. Der Nutzen einer solchen österreichweiten Qualitätsberichterstattung ist eng mit der Datenqualität verknüpft. Diese wird zum einen von der Erarbeitung anwendbarer Dokumentationsvorschriften, andererseits von der Bereitschaft der Akteure abhängen, entsprechende Daten ordnungsgemäß zu sammeln und zu liefern. Dies dürfte eng mit deren Einbindung in die Qualitätsarbeit und einer konstruktiven Fehlerkultur verknüpft sein. Im Bewusstsein, dass nicht Vorgaben und Verordnungen alleine zum Erfolg führen können, ist im Gesundheitsqualitätsgesetz auch an die Schaffung von Förderungsmaßnahmen und Anreizmechanismen gedacht. In den Erläuterungen wird unter anderem auch die Möglichkeit eines Qualitätspreises erwähnt, eine Idee, die schon dem Excellence Award zugrunde lag.<sup>2</sup> Dennoch gibt es auch einen Abschnitt, der sich mit der Kontrolle der Qualitätsarbeit eingehend beschäftigt und der neben der Qualitätsberichterstattung auch die Kontrolle der Vollziehung von Richtlinien und die Evaluierung der Anwendung von Leitlinien zum Inhalt hat. Darüber hinaus sollen aber auch externe Kontrollen der Qualitätsarbeit erfolgen, die auch recht umfangreiche Einsichtsmöglichkeiten in die Dokumentation beinhalten. Die genaue Ausgestaltung ist freilich noch offen, und die Erläuterung geht in diesem Punkt auch nicht sehr über den Gesetzestext hinaus. Bezüglich der niedergelassenen ÄrztInnen kann hier jedoch vielleicht ein Blick über die Staatsgrenze mögliche Zukunftsszenarien zeigen, da dort zum Teil bereits Richtlinien existieren.

1 Siehe [http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/0/9/9/CH0329/CMS1104313005110/gesundheitsreformgesetz\\_2005\\_erlaeuterungen.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/0/9/9/CH0329/CMS1104313005110/gesundheitsreformgesetz_2005_erlaeuterungen.pdf) [Stand 15.4.2006]

2 Siehe Health System Watch I 2006 ([http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw06\\_1d.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw06_1d.pdf))





Ein letzter wichtiger Teil des Gesetzes beschäftigt sich mit der Schaffung einer Qualitätsinstitution, wie sie auch in vielen anderen europäischen Ländern üblich ist, auch wenn deren Aufgaben bisweilen sehr differieren. Dieses „Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen“ soll sich sowohl mit der Erarbeitung der genannten Standards als auch mit deren Kontrolle sowie Fördermaßnahmen beschäftigen, Qualitätsregister führen und den jährlichen Qualitätsbericht erstellen. Am 20.4.2006 wurde vom Ministerrat ein Gesetz verabschiedet, welches das neu zu schaffende Institut mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und dem Fonds Gesundes Österreich in der „Gesundheit Österreich GmbH“ zusammenfassen soll.<sup>3</sup> Es werden also gemäß den Absichten der Gesundheitsreform Planung und Qualität im österreichischen Gesundheitswesen in einer Gesellschaft des Bundes vereint, was sehr kontrovers diskutiert wird. Ob sich auch mit der vom Fonds Gesundes Österreich eingebrachten Thematik der Gesundheitsförderung Synergien ergeben, wird sich ebenfalls noch weisen müssen.

Ein erster Schritt für die Qualitätssicherung in Praxen wurde aber bereits in der Gesundheitsreform 2005 vorweggenommen, nämlich durch die Änderungen im Ärztegesetz.

## **Qualitätssicherung in Praxen – die österreichische Situation nach dem Ärztegesetz**

In zahlreichen Gesetzesmaterien, Verordnungen und Verträgen gibt es Vorschriften, die im weitesten Sinne Qualitätsnormen für niedergelassene ÄrztInnen zum Inhalt haben. Die fünfte Novelle des Ärztegesetzes (BGBl. I Nr. 140/2003) brachte hierbei eine bedeutende Neuerung, indem sie die Gründung einer eigenen Qualitätssicherungsgesellschaft vorsieht, die sämtliche niedergelassenen ÄrztInnen evaluieren soll.

Als grundlegende Bestimmung nach dem Ärztegesetz besteht laut § 49 eine Verpflichtung zur Fortbildung und die Verpflichtung, nach den geltenden Qualitätsstandards des jeweiligen Faches zu behandeln. Neu hinzugekommen ist die Verpflichtung von ÄrztInnen zur Evaluierung der eigenen Qualität. Ergibt sich daraus ein Gefährdungspotenzial oder wird sie verweigert, so gilt dies als schwer wiegende Berufspflichtverletzung und Kündigungsgrund nach ASVG.

§ 118a regelt die Errichtung einer Qualitätssicherungsgesellschaft als GmbH im Alleineigentum der Ärztekammer. Zu den Aufgaben der Gesellschaft zählt die Erarbeitung von Qualitätskriterien, anhand deren sie eine Evaluierung mittels Fragebögen durchführen soll. Außerdem führt sie ein Qualitätsregister und ist zur Qualitätskontrolle ermächtigt. Durch die Gesellschaft festgestellte Mängel sind unter Setzung einer angemessenen Frist zu beheben, widrigenfalls sie Disziplinaranzeige bei der Ärztekammer erstatten muss. Die Krankenversicherungsträger sind berechtigt, die Evaluierungsergebnisse ihrer Vertragspartner zu verlangen. Im Falle einer Kontrolle dürfen diese einen entsprechenden Facharzt mit entsenden. Das Gesundheitsministerium erhält die Daten in anonymisierter Form.

Die neue Gesellschaft wird von einem wissenschaftlichen Beirat unterstützt (§ 118b), der paritätisch von Ärztekammer und Gesundheitsministerium besetzt wird, jeweils ein Emissär muss dabei Erfahrung mit der Vertretung von Patienteninteressen aufweisen. Details wie die Evaluierungskriterien und Maßnahmen zur Kontrolle hat die Ärztekammer per Verordnung festzulegen, die vom Gesundheitsministerium zu genehmigen ist und jeweils fünf Jahre Gültigkeit hat (§118c).

### **Verordnung und Verfahren**

Die Gründung der „Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)<sup>4</sup>“ erfolgte am 1.7.2004. Die Qualitätssicherungs-Verordnung der Ärztekammer wurde am 12.1.2006 von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen genehmigt und trat am 24. Februar in Kraft. Sie listet zunächst taxativ Kriterien zu Struktur- und Prozessqualität auf, die der Form nach qualitativ formulierten Standards entsprechen. Danach wird das Evaluierungsverfahren beschrieben: Bis Ende 2008 müssen sich alle niedergelassenen ÄrztInnen dem Evaluierungsprozess unterzogen haben. Die ÖQMed sendet hierfür Evaluierungsfragebögen an sämtliche ÄrztInnen einer Fachrichtung aus. Innerhalb von vier Wochen sind diese ausgefüllt zu retournieren. Die

3 Laut Vorlage des „Gesellschaft Gesundheit Österreich mbH Errichtungsgesetz“, welches im Juni den Nationalrat passieren soll. Auf [http://www.parlinkom.gv.at/portal/page?\\_pageid=908,1044009&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.parlinkom.gv.at/portal/page?_pageid=908,1044009&_dad=portal&_schema=PORTAL)  
[Stand: 03.05.2006]

4 Website [www.oeqmed.at](http://www.oeqmed.at)

*Qualitäts-  
sicherung in  
Praxen – die  
österreichische  
Situation nach  
dem Ärztegesetz*

**Verordnung  
und Verfahren**





Gesellschaft prüft dann die Plausibilität der Antworten und führt stichprobenartige Überprüfungen der Angaben nach dem Zufallsprinzip durch. Die Größe der Stichprobe hängt vom jeweiligen Fachgebiet ab und wird laut Auskunft der ÖQMed für die bereits in Evaluierung befindliche Fachgruppe der Urologen zwölf Prozent betragen. Die Stichprobengröße ist jedoch in der Verordnung nicht explizit geregelt. Der/Die zu überprüfende Arzt/Ärztin ist dabei sechs Wochen im Vorhinein zu verständigen. Die Überprüfung erfolgt durch so genannte VerifikatorInnen, das sind erfahrene ÄrztInnen, die eine einschlägige QS-Ausbildung bei der Ärztekammer absolviert haben. Bei Angabe oder Feststellung von Mängeln werden Mängelbehebungsvorgaben gemacht und ihre Umsetzung zum Teil vor Ort überprüft, allerdings abhängig vom Entscheid der Geschäftsführung der ÖQMed und des/der Vorsitzenden des Evaluierungsbeirats. Das Vorgehen bei Nichtbehebung eines Mangels, bei Auftreten schwerer Mängel oder Sanktionsmechanismen im Allgemeinen ist jedoch nicht geregelt.

## Fragen zur Strukturqualität

**Tabelle 1: Evaluierungsfragen für ÄrztInnen, Version 1.0, Stand: 14.03.2006**

### Fragen zur Strukturqualität:

#### 1 Patientinnenversorgung/Patientenversorgung – Erreichbarkeit

- 1.1 Ist Ihre Ordination während der deklarierten Ordinationszeit grundsätzlich geöffnet, und sind Ihre Ordinationshilfe oder Sie dann grundsätzlich erreichbar?  ja  nein (Mangel)
- 1.2 Informieren Sie Ihre Patientinnen/Patienten für den Fall Ihrer Abwesenheit über Ihre Vertreterin bzw. Ihren Vertreter?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend
- 1.3 Ist – insofern es für den Ordinationsablauf notwendig ist – abgesehen von Ihnen während der deklarierten Ordinationszeiten mindestens eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter in der Ordination anwesend und für die Patientinnen/Patienten erreichbar?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, falls die Abwesenheit einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters für den Ordinationsablauf nicht erforderlich ist)
- 1.4 Erhalten Patientinnen/Patienten mit akuten Beschwerden je nach dargestellten Symptomen kurzfristig einen Termin in der Ordination, oder werden sie – wenn erforderlich – an eine Vertretung, eine Ambulanz oder einen Ärztenotdienst verwiesen?  ja  nein (Mangel)
- 1.5 Führen Sie bei Notwendigkeit Hausbesuche durch?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn keine Notwendigkeit besteht)
- 1.6 Ist der Ansprechperson bzw. der Telefonvermittlung Ihrer Ordination bekannt, nach welchen organisatorischen Kriterien Sie Hausbesuche durchführen?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie keine Hausbesuche durchführen)
- 1.7 Können sich Ihre Patientinnen/Patienten schon vor dem Besuch Ihrer Ordination über eventuelle Barrieren (in Bezug auf den Zugang bzw. die Behandlungsmöglichkeit für Behinderte) informieren?  ja  nein (Mangel)

#### 2 Patientinnenversorgung/Patientenversorgung – Notfallvorsorge

2. Sind Sie und allfällige Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auf das Auftreten von Notfällen vorbereitet?  ja  nein (Mangel)
- 2.2 Gibt es in Ihrer Ordination Vorkehrungen für Notfälle und Erste-Hilfe-Leistungen?  ja  nein (Mangel)
- 2.3 Sind die Vorkehrungen für Notfälle und Erste-Hilfe-Leistungen Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)

#### 3 Ordinationsräumlichkeiten

- 3.1 Verfügt Ihre Ordination über Räumlichkeiten, die in Größe und Anzahl der Einzelräume sowie in der Ausstattung den medizinischen und administrativen Anforderungen des von Ihnen angebotenen Leistungsspektrums gerecht werden?  ja  nein (Mangel)
- 3.2 Ist die vertrauliche Kommunikation zwischen Ihnen und Ihren Patientinnen/Patienten gewährleistet?  ja  nein (Mangel)
- 3.3 Werden auch administrative Patientenbelange, wenn erforderlich, unter Wahrung der Vertraulichkeit der Patientendaten besprochen?  ja  nein (Mangel)

#### 4 Hygiene

- 4.1 Werden dem Personal Anweisungen zur Einhaltung der Grundanforderungen für Hygiene und Sauberkeit in Ihrer Ordination erteilt?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 4.2 Überwachen Sie die Einhaltung zu den Grundanforderungen für Hygiene und Sauberkeit durch Ihr Personal?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 4.3 Wird kontaminierter oder gefährlicher Abfall so gelagert und entsorgt, dass er keine Gefahr für Sie, Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter oder Ihre Patientinnen/Patienten darstellt?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn in Ihrer Ordination kein kontaminierter oder gefährlicher Abfall anfällt)

#### 5 Notfallsausstattung

- 5.1 Verfügt Ihre Ordination über eine Ihrer fachspezifischen Berufsausübung entsprechenden Notfallsausstattung, die regelmäßig gewartet wird?  ja  nein
- 5.2 Sind Ihren Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter allfällige Zuständigkeiten bekannt?  ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)





## 6 Arzneimittelverfügbarkeit und -qualität

- 6.1 Stellen Sie sicher, dass nur Arzneimittel Verwendung finden, deren Haltbarkeitsdatum nicht überschritten ist?  
 ja  nein (Mangel)
- 6.2 Werden Arzneimittel vorschriftsmäßig gelagert?  
 ja  nein (Mangel)
- 6.3 Gewährleisten Sie durch zeitgerechte Nachbestellung der benötigten Arzneimittel deren Verfügbarkeit?  
 ja  nein (Mangel)

## 7 Ordinationsbedarf

- 7.1 Stellen Sie sicher, dass medizinisches Verbrauchsmaterial in ausreichender Menge vorhanden ist?  
 ja  nein (Mangel)
- 7.2 Wird medizinisches Verbrauchsmaterial ordnungsgemäß gelagert?  
 ja  nein (Mangel)
- 7.3 Werden die Ablaufdaten überprüft, um sicherzustellen, dass nur Material innerhalb der Verbrauchsfrist eingesetzt wird?  
 ja  nein (Mangel)
- 7.4 Gewährleisten Sie durch zeitgerechte Nachbestellung des benötigten medizinischen Verbrauchsmaterials dessen Verfügbarkeit?  
 ja  nein (Mangel)

## 8 Apparative Ausstattung

- 8.1 Liegen Gerätehandbücher für die medizinisch-technischen Apparate, die in Ihrer Ordination Verwendung finden, auf?  
 ja  nein (Mangel)
- 8.2 Werden allfällige gesetzliche Vorschriften bzgl. Ihrer apparativen Ausstattung eingehalten?  
 ja  nein (Mangel)
- 8.3 Finden gesetzlich vorgeschriebene Überprüfungen vorschriftsmäßig statt?  
 ja  nein (Mangel)
- 8.4 Lassen Sie die Verlässlichkeit Ihrer Laboruntersuchungen durch die Teilnahme an Ringversuchen oder durch andere Vergleiche überprüfen?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie keine Laboruntersuchungen durchführen)

## 9 Fachliche Qualifikation

- 9.1 Sind Sie über die theoretischen und praxisbezogenen Veränderungen und Fortschritte in Diagnostik und Therapie Ihres Fachgebietes nach dem aktuellen Stand der Medizin informiert?  
 ja  nein (Mangel)
- 9.2 Bilden Sie sich entsprechend dem Ärztegesetz fort?  
 ja  nein (Mangel)
- 9.3 Verfügen alle Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, bei denen es medizinisch/fachlich geboten ist, über eine entsprechende spezifische Ausbildung?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 9.4 Sind Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die Geräte bedienen, auf die Anwendungen geschult?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben oder Ihr Personal keine medizinischen Geräte anwendet)
- 9.5 Haben alle Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter klar definierte Aufgaben und Verantwortungsbereiche?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 9.6 Ist die Vertretung unter Ihren Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern für den Fall von Abwesenheiten unter Berücksichtigung der jeweiligen Qualifikation geregelt?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 9.7 Fördern Sie die fachliche Weiterbildung Ihrer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 9.8 Sind Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflicht informiert?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)

## Fragen zur Prozessqualität:

### 10 Patientinnenhistorie/Patientenhistorie und Dokumentation

- 10.1 Werden die patientenbezogenen Daten systematisch dokumentiert?  
 ja  nein (Mangel)
- 10.2 Ist der Behandlungsverlauf aufgrund der Dokumentation nachvollziehbar?  
 ja  nein (Mangel)
- 10.3 Sind die patientenbezogenen Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff und vor Verlust geschützt?  
 ja  nein (Mangel)
- 10.4 Ist die Archivierung Ihrer patientenbezogenen Daten (zu Befundung, Diagnose, Therapie, Patientinnenaufklärung/Patientenaufklärung und Einverständniserklärungen) über einen Zeitraum von zehn Jahren gesichert?  
 ja  nein (Mangel)
- 10.5 Sind Ihre nichtärztlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die Sie bei der Durchführung medizinischer Tätigkeiten unterstützen, über Gefahren- und Komplikationspotenziale von Patientinnen/Patienten informiert?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)

### 11 Befundverwaltung und Befundweiterleitung

- 11.1 Werden die Befunde systematisch verwaltet?  
 ja  nein (Mangel)
- 11.2 Werden Befunde im Bedarfsfall an befundanfordernde Ärztinnen und Ärzte schnell und sicher weitergeleitet?  
 ja  nein (Mangel)
- 11.3 Wird beim Befundaustausch die Vertraulichkeit gewahrt?  
 ja  nein (Mangel)

Fragen zur  
Prozessqualität





## Fragen zur Prozessqualität

### Fragen zur Prozessqualität:

#### 12 Patientinnenkommunikation/Patientenkommunikation und Patientinnenaufklärung/Patientenaufklärung

- 12.1 Klären Sie Ihre Patientinnen/Patienten über relevante potenzielle Risiken, wie z. B. Nebenwirkungen von Diagnoseverfahren und Therapie (einschließlich der Arzneimitteln) auf?  
 ja  nein (Mangel)
- 12.2 Informieren Sie Ihre Patientinnen/Patienten über allfällige in Frage kommende Behandlungsalternativen sowie – wenn Sie die Behandlung selbst durchführen – über daraus resultierende voraussichtliche an Sie zu entrichtende Kosten?  
 ja  nein (Mangel)
- 12.3 Ist gewährleistet, dass Ihre Patientinnen/Patienten über die sie betreffenden Befunde informiert werden?  
 ja  nein (Mangel)
- 12.4 Verbleiben die fallweise erforderlichen schriftlichen Einverständniserklärungen Ihrer Patientinnen/Patienten und allfällige Aufklärungsunterlagen nachvollziehbar beim Patientinnenakt/Patientenakt?  
 ja  nein (Mangel)
- 12.5 Beziehen Sie – gegebenenfalls im Einvernehmen mit Ihrer Patientin/Ihrem Patienten – wenn Ihrer Einschätzung gemäß ein Aufklärungsinhalt nicht verständlich gemacht werden kann, auch Angehörige oder Begleitpersonen in die Aufklärung mit ein?  
 ja  nein (Mangel)

#### 13 Ärztliche Behandlung

- 13.1 Setzen Sie Ihre in der Fortbildung erworbenen, zeitgemäßen, wissenschaftlichen Erkenntnisse – wenn möglich – in Ihrer täglichen Praxisarbeit ein?  
 ja  nein (Mangel)
- 13.2 Ist die Zusammenarbeit mit anderen Ärztinnen/Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe Bestandteil Ihrer Patientinnenbetreuung/Patientenbetreuung?  
 ja  nein (Mangel)
- 13.3 Sind Sie bemüht, unter den gegebenen baulichen Verhältnissen auch bewegungseingeschränkten Patientinnen/Patienten den Zugang zu Ihrer Ordination zu ermöglichen?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, falls Ihre Ordination bereits barrierefrei ist)
- 13.4 Informieren Sie Ihre Patientinnen/Patienten von der nächsten geeigneten Einrichtung, die die entsprechende Behandlung anbietet, für den Fall, dass Sie eine bewegungseingeschränkte Patientin/einen bewegungseingeschränkten Patienten nicht behandeln können?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend

#### 14 Interne Kommunikation

- 14.1 Halten Sie regelmäßige Mitarbeiterinnenbesprechungen/Mitarbeiterbesprechungen ab, um zu gewährleisten, dass die generellen und speziellen Ziele Ihrer Ordination allen Beschäftigten bekannt sind?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 14.2 Fordern Sie Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter regelmäßig zu Rückmeldungen an Sie auf, um daraus gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen definieren zu können?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 14.3 Werden Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen unterwiesen bzw. intern oder extern geschult?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)

#### 15 Unerwünschte Ereignisse/Patientensicherheit/Patientensicherheit

- 15.1 Werden unerwünschte Ereignisse mit allen (potenziell) beteiligten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern besprochen?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 15.2 Streben Sie jedenfalls eine Ursachenfindung an, und setzen Sie gegebenenfalls Maßnahmen, um das Wiederauftreten des unerwünschten Ereignisses zu verhindern?  
 ja  nein (Mangel)
- 15.3 Wird der von einem unerwünschten Ereignis betroffene Patientin/Patient (i. S. des § 58a Abs. 2 ÄrzteG) evtl. nach Rücksprache mit Ihrer Haftpflichtversicherung nachweislich über den Sachverhalt informiert?  
 ja  nein (Mangel)

#### 16 Beschwerdemanagement

- 16.1 Gibt es in Ihrer Ordination Anweisungen an die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, wie mit Beschwerden von Patientinnen/Patienten, ärztlichen Kolleginnen/ärztlichen Kollegen oder externen Behandlungseinrichtungen umzugehen ist?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn Sie kein Personal haben)
- 16.2 Streben Sie jedenfalls eine Ursachenfindung an, und definieren Sie gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen?  
 ja  nein (Mangel)
- 16.3 Informieren Sie Ihre Patientinnen/Patienten im Beschwerdefall über Patientenschiedsstellen und/oder die Patientenadvokatur?  
 ja  nein (Mangel)  nicht zutreffend (diese Antwortmöglichkeit ist nur von Ärztinnen und Ärzten aus dem Bundesland Vorarlberg anzukreuzen, aufgrund der dort vorhandenen Strukturen)

Quelle: Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH.  
[http://oeqmed.artindustrial.com/fileadmin/Downloads/LETZTVERSION\\_Evaluierungsfragen\\_Mar06.pdf](http://oeqmed.artindustrial.com/fileadmin/Downloads/LETZTVERSION_Evaluierungsfragen_Mar06.pdf) [Stand 03.05.2006]

Der Evaluierungsbogen enthält 37 Fragen zur Strukturqualität und 26 zur Prozessqualität, teilweise mit Erläuterungen, die sämtlich mit „Ja“ oder „Nein (Mangel)“ bzw. manchmal mit „Nicht zutreffend“ zu beantworten sind.<sup>5</sup> Sie entsprechen im Wesentlichen den in der Verordnung definierten (Teil-)Standards, als Frage formuliert. Es werden laut ÖQMed außerdem für jede Fachgruppe 10 bis 60 fach-

5 Die Evaluierungsfragen sind unter [http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/LETZTVERSION\\_Evaluierungsfragen\\_Mar06.pdf](http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/LETZTVERSION_Evaluierungsfragen_Mar06.pdf) [Stand: 03.05.2006] abrufbar.





spezifische Fragen versandt. Diese wurden uns aber nicht zugänglich gemacht, auch nicht für die bereits in Evaluierung befindliche Fachgruppe der Urologen.

## Diskussion

Bei dem jetzt gestarteten Evaluierungsverfahren handelt es sich um eine Maßnahme der externen Qualitätssicherung. Extern deshalb, weil sie von außen veranlasst und gefordert wird und nicht (intern) im Rahmen der eigenen Qualitätsarbeit erfolgt.

Es ist zunächst auf jeden Fall bemerkenswert, dass Österreich mit einer gesetzlichen Regelung die Absicht bekundet, eine verpflichtende externe Qualitätssicherung für alle Praxen durchzuführen, und sich damit auch zur Relevanz dieser Thematik bekennt. Freilich muss sich jede Maßnahme auch ihrerseits Vergleichen stellen und auf ihre Eignung überprüfen lassen. Im Folgenden möchten wir die Verordnung näher beleuchten, das österreichische Verfahren methodisch diskutieren und mit dem im wahrsten Sinne des Wortes „Praxis-nahesten“ internationalen Verfahren vergleichen, dem Europäischen Praxisassessment (EPA), das wir bereits in Ausgabe 1/2006 des Health System Watch vorgestellt haben. Vorauszuschicken ist, dass das Europäische Praxisassessment freiwillig erfolgt und die Vergleichbarkeit daher in manchen Punkten eingeschränkt ist.

Die in der Verordnung angeführten Kriterien entsprechen der Form nach qualitativ formulierten Standards. Zwar werden Qualitätskriterien oft als Basis für Qualitätsindikatoren verwendet, allerdings lässt die Definition eines Qualitätskriteriums auch die Formulierung als Standard zu.<sup>6</sup> Im Fragebogen finden sich diese Standards in Frageform umgewandelt, und es sind ausschließlich dichotome Ja/Nein-Antwortmöglichkeiten vorgesehen. Diese Beschränkung ist laut ÖQMed darauf zurückzuführen, dass alle Standards erfüllt sein müssen, um die Evaluierung positiv abzuschließen.

Zunächst ist zu sagen, dass Qualitätsarbeit die Qualität als Kontinuum versteht, auf dem man sich vorwärts bewegen soll. Entsprechend werden in EPA auch Messgrößen erhoben und alle Angaben zu Scores verrechnet, anhand deren ein anonymer Vergleich mit anderen, also ein Benchmarking, ebenso möglich ist wie das Wahrnehmen eigener Defizite (und damit Verbesserungspotenziale) und Fortschritte gegenüber früheren Bewertungen. Um solche Scores errechnen zu können, verwendet EPA auch deutlich mehr Einzelinformationen (nämlich 413 Items gegenüber 63 Items [plus 10 bis 60 fachspezifische] im österreichischen Evaluierungsverfahren).

Mehr Items und damit ein höherer Detailgrad wären vor allem in sensiblen Bereichen wie Hygiene, Dokumentation und Riskmanagement wichtig und würden eher dem gesetzlichen Auftrag einer *umfassenden* Evaluierung entsprechen (§ 49 Abs. 2a). Ebenso wäre das Einbeziehen von geeigneten Messgrößen (Qualitätsindikatoren) in die Kriterienliste an einigen Stellen sinnvoll und zielführender, als ausschließlich qualitative Aspekte zu erfassen. Aus methodischer Sicht wie auch aus Sicht des Gesetzes, das die Erarbeitung fachspezifischer Qualitätskriterien vorschreibt (Ärztegesetz § 118a Abs. 2 Z. 1), sind auch manche der präsentierten Standards sehr problematisch. Der Großteil der Kriterien und Fragen (das heißt alle uns zugänglichen) ist offenbar nicht fachspezifisch, obwohl in vielen Fällen durchaus fachspezifische Unterschiede denkbar sind. Dies wiederum wird ermöglicht durch die methodische Schwäche, dass manche Kriterien sehr allgemein formuliert sind und vieles allein der Beurteilung durch den befragten Arzt bzw. die befragte Ärztin selbst überlassen bleibt. Nach Selbmann sind Standards „detaillierte Vorstellungen von guter Qualität“, sie enthalten „die Beschreibung der zu fordernden guten Ergebnisse“ und Hinweise, aber keine Realisierungsvorschläge, wie man diese erreichen kann.<sup>7</sup> Als Beispiel für eine zu wenig konkrete Formulierung kann Kriterium 6 laut der QS-Verordnung der Ärztekammer dienen: „Eine Notfallausstattung ist entsprechend der fachspezifischen Berufsausübung vorhanden und wird regelmäßig gewartet. Allfällige Zuständigkeiten sind den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen bekannt.“

Es ist nicht definiert, was an Notfallausrüstung vorhanden sein muss. Um „ja“ in den entsprechenden Fragen 5.1 und 5.2 anzukreuzen, müssten die ÄrztInnen jedoch wissen, welche Notfallausrüstung überhaupt gefordert ist. Es wäre hier überdies auch die Chance gegeben, durch Auflistung fachspezifischer Notfallausrüstung oder den Hinweis auf entsprechende Vorgaben den ÄrztInnen die Möglichkeit

6 Qualitätsindikatoren sind auf die Qualität bezogene Maßzahlen. Qualitätskriterien sind Eigenschaften, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird. Nach: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Compendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Deutscher Ärzteverlag 2003.

7 Selbmann H.K.: Qualitätssicherung. In Lauterbach K., Schrappe M.: Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Schattauer 2003. S. 277 ff.





zu geben, die Qualität ihrer Praxis dahin gehend zu verbessern, dass sie fehlende Instrumentarien beschaffen. Wo keine Vorgaben existieren, müsste man sie freilich erarbeiten und als Teil des Standards präsentieren.

Ein anderes Beispiel ist

4.3 *Wird kontaminierter oder gefährlicher Abfall so gelagert und entsorgt, dass er keine Gefahr für Sie, Ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter oder Ihre Patientinnen /Patienten darstellt?*

- ja     nein (Mangel)     nicht zutreffend (dies ist anzukreuzen, wenn in Ihrer Ordination kein kontaminierter oder gefährlicher Abfall anfällt)

Sicherlich werden in der Praxis eines Röntgenologen ganz andere Maßstäbe gelten müssen. In jedem Fall bleibt die Beurteilung, was richtige Entsorgung betrifft, dem Urteil des jeweiligen Arztes/der jeweiligen Ärztin überlassen und die Umwelt der Praxis bleibt überraschenderweise überhaupt ausgeklammert. Zumindest wäre der Hinweis auf entsprechende Gesetze und Vorschriften angebracht, sodass die evaluierten ÄrztInnen sich zunächst über den aktuellen Standard informieren können, an dem sie sich messen sollen.

Zum anderen stellt die bloße dichotome Antwortmöglichkeit in Kombination mit fehlendem Fremdassessment aber eine ganz grundsätzliche Schwäche der gesamten Evaluierung dar. Denn es wurden zur Fragebogenerstellung im wesentlichen nur die Standards der Verordnung als Frage formuliert. Erstellt man einen Fragebogen, kann man diese Standards auch durchaus als so genannte Programmfragen ansehen, also jene Fragen, die man mit dem Fragebogen beantwortet haben will. Im eigentlichen Fragebogen müssen aber solche Fragen stehen, die es dem *Evaluator* ermöglichen, die Programmfragen zu beantworten, nicht jedoch die Programmfrage selbst. Beispielsweise ist Frage 7.2 *Wird medizinisches Verbrauchsmaterial ordnungsgemäß gelagert?* in Fragen aufzuteilen, wie in der Praxis das Verbrauchsmaterial gelagert wird. Die Beurteilung, ob der Standard eingehalten wird, sollte aber dann der Evaluator/die Evaluatorin anhand der Antworten treffen. Sind Fragen mit dichotomen Antworten notwendig, so empfiehlt es sich auch nicht, wie es im gesamten Fragebogen geschieht, als Antwortmöglichkeit „ja“ bzw. „nein (Mangel)“ anzugeben. Gerade im niedergelassenen Bereich, wo die Verantwortung im Gegensatz zu einer großen Organisation direkt in der Sphäre des Arztes oder der Ärztin liegt, sollte die Formulierung neutral sein. Auf die vorliegende Weise fordert man nämlich den Arzt bzw. die Ärztin gleichsam dazu auf, sich selbst zu bezichtigen, und er oder sie wird in jedem Fall bereits zur positiven Antwort tendieren, umso mehr, als im Fall einer Überprüfung ohnehin sechs Wochen Zeit wären, den Mangel zu beheben.

Zu EPA und anderen Verfahren gehört Fremdassessment obligat dazu. Man hat sich im österreichischen Evaluierungsverfahren sicher zum Teil aus Kostengründen zu einer stichprobenartigen Überprüfung entschlossen, was aus den schon erwähnten methodischen Gründen, aber auch in Hinblick auf die Qualitätsentwicklung zu bedauern ist. Fremdassessment ist schon aus dem Grund wichtig, da kein Mensch sich selbst völlig objektiv wahrnimmt und eingefahrene Schemata mithilfe Dritter leichter aufgedeckt und überwunden werden können. Professionelle Defizite sind zum Teil sehr individuell und es müssen dementsprechend individuelle Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Dazu gehört allerdings auch eine „positive“ Einstellung zur Qualitätsarbeit, die durch eine bloß vorgeschriebene, checklistenartige Kontrolle eher nicht erreicht werden kann.

Weiters beziehen Instrumente wie EPA nicht nur den Arzt/die Ärztin, sondern auch die anonymisierten Aussagen aller MitarbeiterInnen und einiger PatientInnen aus Fragebögen mit ein. Dieses Vorgehen ist sehr wichtig, um auch ein Feedback über die eigene Arbeit zu erhalten bzw. weitere Meinungen zu hören. Das österreichische Evaluierungsverfahren behandelt hier leider nur die Sicht des Arztes/der Ärztin, obwohl dieser/diese viel aus den Rückmeldungen lernen könnte. Die in der QS-Verordnung festgelegten Kriterien umfassen auch nur Struktur- und Prozessqualität, obwohl es durchaus zielführend sein könnte, auch basale Ergebniskriterien (beispielsweise Patientenzufriedenheit, Inanspruchnahme pro Patient/Patientin etc.) zu ermitteln. Auch sind dem österreichischen Verfahren keine Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung immanent.

Weshalb sich diese letztgenannten Unterschiede zu etablierten Systemen ergeben, lässt sich daraus erklären, dass EPA, ISO, EFQM etc. sich in der Zielsetzung gegenüber dem österreichischen Evaluierungsverfahren deutlich unterscheiden. Während in diesen freiwilligen Verfahren als oberstes Ziel die Qualitätsentwicklung des Arztes oder der Ärztin zum Nutzen der PatientInnen steht, geht es im österreichischen Verfahren vor allem um die Kontrolle von außen. Es sind hier tatsächlich methodische





**Tabelle 2: Vergleich des österreichischen Evaluierungsverfahrens mit dem Europäischen Praxisassessment (EPA)**

	österreichisches Evaluierungsverfahren	Europäisches Praxisassessment (EPA)
Verpflichtung	verpflichtend	freiwillig
Assessmentform	nur Selbstassessment, stichprobenartige externe Kontrollen	Selbst- und Fremdassessment
Befragte	nur Ärzt/Ärztin	auch PatientInnen und MitarbeiterInnen
Items	63 (+ fachspezifische Fragen)	413
Frageform	nur Ja/Nein (= Mangel)	auch quantitativ
Benchmarking	nur eingeschränkt möglich	Teil des Konzepts
systemimmanente Qualitätsentwicklung	nur bei Mängeln Behebungsaufforderung	Teil des Konzepts
Ergebnisqualität	nicht erhoben	basale Kriterien erhoben

Quelle: IHS HealthEcon 2006.

Zweifel angebracht, ob in einem solchen Fall eine Bewertung durch Dritte oder Ergebniskriterien einfließen sollten. Es besteht nämlich die Gefahr, dass sich das Bemühen des Bewerteten dann zu stark an für die Bewertung relevanten Kriterien orientiert (z. B. lässt sich vermutlich die Patientenzufriedenheit mit großzügigen Krankenschreibungen verbessern) oder er unter Umständen andere, nicht gemessene Kriterien vernachlässigt (z. B. Krankheitsbilder mit berücksichtigten Ergebnisindikatoren optimal versorgen, wobei notwendigerweise für andere Krankheitsbilder weniger Zeit bleibt). Das Ärztegesetz § 118a sieht auch nur „fachspezifische Qualitätskriterien einschließlich Kriterien für die Struktur- und Prozessqualität“ vor, geht also nicht explizit auf Ergebnisqualität ein. Das Gesundheitsqualitätsgesetz fordert jedoch in § 5 Abs. 1, für Qualitätsvorgaben Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Es wird also einiger Anstrengungen bedürfen, im heiklen Bereich der Ergebnisqualität geeignete Kriterien zu definieren und in das Verfahren einzubinden.

Auch die Vorgaben der Verordnung über die Kontrollmaßnahmen sind sehr ungenau. Die Stichprobengröße, das Vorgehen bei gemeldeten Mängeln, vor allem aber bei schwer wiegenden Mängeln oder Ausbleiben der Mängelbehebung sind in der Verordnung nicht klar geregelt. Dies wäre im Sinne der Rechtssicherheit ebenso wie im Sinne des Vertrauens in die Wirksamkeit der Maßnahme angebracht. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass das österreichische Evaluierungssystem einerseits erhebliche methodischen Schwächen (Kriterienerarbeitung; Fragestellungen; Antwortmöglichkeiten; Durchführung; Kontrollmechanismen) aufweist und den gesetzlichen Vorgaben nicht immer gerecht wird. Andererseits ist auch zu bedauern, dass viel Qualitätsentwicklungspotenzial verspielt wird, weil entsprechend der gesetzlichen Lage im Ärztegesetz ausschließlich kontrollierende Aufgaben verfolgt werden. Es wäre schon (wie in den Beispielen angedeutet) unter Hinzufügung konkreterer Standards die Möglichkeit gegeben, auch Qualitätsverbesserungen herbeizuführen. Im Sinne einer positiven Fehlerkultur und in Hinblick auf Qualitätsentwicklung wäre es wünschenswert, wenn alle Stakeholder jedoch generell weniger die Kontrolle als (vor allem zunächst) die Qualitätsarbeit im Auge hätten, was vielleicht in einer Weiterentwicklung des Verfahrens möglich ist. Es wäre beispielweise eine Verpflichtung zur Qualitätsentwicklung zielführender. In einigen Ländern (z. B. Deutschland, Frankreich) sind die gesetzlichen Vorgaben eher an diesem Ziel ausgerichtet, wie später erläutert werden wird.

## Qualitätsentwicklung als gemeinsames Interesse

Eine Regelung zur verpflichtenden Evaluierung wurde schon im Jahre 2001 mit der 58. ASVG-Novelle im § 343 Abs. 5 ASVG festgelegt, welcher mittlerweile zugunsten der genannten Regelungen im Ärztegesetz gestrichen wurde. Mit dieser Vorgehensweise wie auch der genaueren Ausgestaltung bezüglich der ÖQMed, die der Ärztekammer gehört, wird die Intention des Gesetzgebers deutlich, dass die Überprüfung von Qualitätsstandards in der Hand der Landesvertretung verbleiben soll. Dies hat zweifellos den Vorteil höherer Akzeptanz als eine Kontrolle durch Dritte, birgt aber auch die Gefahr, nicht hinreichend streng und objektiv zu sich selbst zu sein. Außerdem wird diese Zuordnung einem umfassenden Qualitätsverständnis nicht gerecht. Die QS-Verordnung der Ärztekammer stellt auch bereits in § 5 fest, dass ausschließlich jene Merkmale von Struktur- und Prozessqualität Gegenstand der Verordnung sind, die im Einflussbereich und der Verantwortung des Arztes bzw. der Ärztin liegen. In Hinblick auf die Qualität der Versorgung der PatientInnen sollte es jedoch nicht darum gehen, welche Interessengruppe das Monopol darauf hat, sich mit der Qualitätssicherung zu befassen. Eine

Vergleich des österreichischen Evaluierungsverfahrens mit dem Europäischen Praxisassessment (EPA)

Qualitätsentwicklung als gemeinsames Interesse





## Jenseits der Grenzen

Partizipation aller Stakeholder wäre hier wünschenswert. Der wissenschaftliche Beirat der ÖQMed wird beispielsweise nur von Gesundheitsministerium und Ärztekammer beschickt. Im deutschen Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA, der sich dort sehr intensiv mit Qualitätssicherung befasst, finden sich neben Vertretern der Krankenkassen und Leistungserbringern (ÄrztInnen, Krankenhäuser) auch Mitglieder aus den Patientenvertretungen und neutrale Mitglieder. Alle Interessengruppen müssen letztlich auch praktisch zusammenarbeiten, um eine alle Bereiche umfassende Versorgungsqualität für die PatientInnen sicherzustellen. Dies gilt offenbar bereits bei einem einfachen Evaluationsverfahren, weitaus mehr jedoch in zukünftig zu gestaltenden Bereichen des Gesundheitsqualitätsgesetzes. So muss z. B. eine vermehrte Qualitäts-Dokumentationspflicht für die ÄrztInnen zum einen mit ihrem ärztlichen Handeln und den institutionellen Rahmenbedingungen abgestimmt sein, aber auch der zeitliche Aufwand dafür von Seiten des Kostenträgers berücksichtigt werden.

## Jenseits der Grenzen

Aus Anlass des neuen Evaluierungsverfahrens und der zum Teil noch auszufüllenden Formulierungen der Gesundheitsreform zum Thema Qualität haben wir einen Blick über die Grenzen geworfen, um zu sehen, welche Entwicklungen im europäischen Ausland in Bezug auf die Qualität in Praxen stattfinden. In den meisten europäischen Staaten gab es in den letzten Jahren Reformen im Gesundheitsbereich, die sich mit dem Thema Qualität beschäftigt haben. Einige wichtige Erkenntnisse möchten wir gleich vorwegnehmen: Es gibt in Europa sehr unterschiedliche Ansätze, wie man Qualität in Praxen sicherstellen möchte und wer dies tut. Dies liegt zum einen an den recht unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitsversorgung an sich, aber auch an unterschiedlichen Traditionen bezüglich des ärztlichen Berufs und der unterschiedlichen Machtverteilung der einzelnen Stakeholder. Dies macht auch einen direkten Vergleich nicht einfach, und ein solcher ist nur mit Bedachtnahme auf die länderspezifischen Unterschiede sinnvoll. Noch etwas muss vorausgeschickt werden: Kein Land kann auf viel Erfahrung mit nationalen Programmen zur QS zurückblicken. Der letztliche Nutzen für die Qualität muss sich erst erweisen.

Aus den zum Teil sehr komplexen Qualitätssicherungsbestimmungen der einzelnen Länder möchten wir bemerkenswerte Entwicklungen herausgreifen und vorstellen, die mit dem neuen österreichischen Evaluierungsverfahren im weitesten Sinne vergleichbar sind. Ärztliche Fortbildung (continuing medical education/CME) haben wir ebenfalls erfasst, da sie als ein Teil der externen Qualitätssicherung gesehen wird und in vielen Staaten als Grundlage für die Rezertifizierung von ÄrztInnen dient.

## Die Situation in Deutschland<sup>8</sup>

Um die Situation der Qualitätssicherung in Deutschland zu verstehen, muss man zunächst einige Unterschiede zum österreichischen System berücksichtigen. Die Vertretung der ÄrztInnen obliegt zwar der Ärztekammer, alle VertragsärztInnen sind aber in einer zweiten Institution mit gesetzlichem Statut vertreten, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und ihren Länderorganisationen, den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die auch den gesetzlichen Auftrag haben, mit den Kassen die Verträge auszuhandeln. Die Spitzen der Kassen und die KBV handeln die so genannten Bundesmantelverträge aus, die den Rahmen für die auf Länderebene gestalteten Generalverträge bilden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein gemeinsames Gremium der Leistungserbringer und Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen (§ 92 SGB V). Dieses wird also mit Vertretern der ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und Krankenhäuser sowie der Krankenkassen beschickt. Gemeinsam mit weiteren neutralen Mitgliedern und Mitgliedern aus Patientenvertretungen werden Vorgaben zur medizinischen Versorgung erarbeitet.

Ähnlich wie in Österreich sind die Qualitätsvorschriften für niedergelassene ÄrztInnen auf zahlreiche Gesetzesmaterien und Vertragswerke verteilt. Man kann grob eine Unterscheidung treffen zwischen Vorgaben aus dem Berufsrecht (Berufsordnung mit standesrechtlichen Bestimmungen, Weiterbildungsordnung, Richtlinien der Ärztekammern, u. d. m.), allgemeinen gesetzlichen Vorgaben (Strafgesetzbuch, Strahlenschutzgesetz etc.) und Verpflichtungen aufgrund des Status als Vertragsarzt/-ärztin (nach dem Sozialgesetzbuch V und darauf fußenden Verordnungen und Verträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassen). Besonders hervorzuheben sind vor allem Vorgaben

## Die Situation in Deutschland





aus dieser dritten Kategorie. Das Sozialgesetzbuch V enthält rund 20 Paragraphen zur ärztlichen Qualitätssicherung. Aufgrund des § 75 Absatz 7 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Qualitätssicherungsrichtlinien erlassen. Sie definieren zunächst Einrichtungen zur Qualitätssicherung in den KVen (Qualitätssicherungsbeauftragter, Qualitätssicherungskommissionen der jeweiligen Fächer und eine Geschäftsstelle „Qualitätssicherung“). Außerdem werden vier wesentliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung definiert und näher bestimmt: Qualitätszirkel zur freiwilligen Qualitätsarbeit; zum Teil verpflichtende Ringversuche (z. B. für Labors); Kolloquien; Qualitätsprüfungen im Einzelfall. Kolloquien sind Fachgespräche durch die Qualitätssicherungskommission des jeweiligen Faches mit einem Arzt, der den Antrag darauf stellt, Leistungen mit Qualitätsvorbehalt durchzuführen. Das sind Leistungen wie Arthroskopie oder Coloskopie, für die in Deutschland besondere fachliche, räumliche und apparative Voraussetzungen nachgewiesen werden müssen (nach § 135 Abs. 2). Solche Kolloquien können zur Überprüfung der fachlichen Eignung durchgeführt werden oder jedenfalls, wenn Zweifel bestehen oder verwandte, aber nicht die vorgeschriebenen Nachweise erbracht werden. Für bestimmte solche Leistungen kann auch eine spezifische Rezertifizierung erforderlich sein, also z. B. der wiederholte Nachweis von hinreichend vielen Behandlungsfällen oder Weiterbildungen. In jedem Fall haben die Kassenärztlichen Vereinigungen das Recht auf Qualitätsprüfungen im Einzelfall. Das sind stichprobenartige Prüfungen einzelner Leistungen, besonders aber derer, die unter Qualitätsvorbehalt stehen. Die Überprüfung erfolgt aufgrund von Dokumentation und Befunden. Geben diese Anlass zu Zweifeln, kann eine Visitation vorgeschrieben werden.

Nach § 136 und § 92 kann auch der G-BA für verschiedene ärztliche Leistungen Qualitätskriterien inklusive Qualitätsindikatoren verbindlich festlegen. Auch die Einhaltung der G-BA-Richtlinien obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen. Mittlerweile hat der G-BA ein bundeseinheitliches Prüfverfahren entworfen, das diese bisherigen Stichprobenprüfungen weiterentwickeln und vereinheitlichen soll. In Zukunft soll bei jährlich vier Prozent der die jeweilige Leistung verrechnenden ÄrztInnen anhand der Dokumentation von zwölf ausgewählten PatientInnen die Einhaltung der Qualitätskriterien beurteilt werden. Je nach Grad der Beanstandung können Gespräche, Nachschulungen und im Extremfall der Entzug der Kassenzulassung die Folge sein.<sup>9</sup>

In Deutschland trat mit Beginn des Jahres 2004 eine entscheidende Novelle des Sozialgesetzbuches V durch das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG 2004) in Kraft. In § 135a und § 136a sind die niedergelassenen ÄrztInnen dazu verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen sowie ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit der genauen Ausgestaltung der Bestimmungen hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss<sup>10</sup> betraut.

Am 1. Jänner 2006 ist nunmehr die „QM-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ des G-BA vom 18. Oktober 2005 in Kraft getreten.<sup>11</sup> Zusammenfassend bedeuten diese Bestimmungen einerseits, dass vertragsärztliche Praxen verpflichtend ein QM-System einführen müssen. Es ist im Gesetz dabei auch ausdrücklich die Rede davon, dass der Umfang von QM-Maßnahmen sich am Maßstab der Praxen orientieren muss, die Elemente des QM für Praxen werden in der Richtlinie des G-BA dann detailliert aufgelistet, und es ist auch ein Zeitplan für einzelne Etappen vorgesehen:

Innerhalb der ersten zwei Jahre nach Vertragsabschluss muss in einer Planungsphase eine schriftliche Ist-Bewertung erfolgen, und es müssen entsprechende Ziele ausgearbeitet werden. Innerhalb der nächsten zwei Jahre, der Umsetzungsphase, muss ein QM-System vollständig etabliert werden, das den Anforderungen der Richtlinie genügt. Mindestens jährlich muss danach eine Selbstbewertung erfolgen und die daraus abgeleitete Weiterentwicklung der Praxis umgesetzt werden.

Es ist hier zu bemerken, dass das QM-System frei gewählt werden kann, solange es die Voraussetzung der Richtlinie erfüllt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dazu bereits ein Modell erarbeitet, QEP<sup>12</sup>. Genauso denkbar ist aber auch die Verwendung eines anderen QM-Systems, wie nach ISO, KTQ, EFQM oder das EPA.<sup>13</sup>

9 Pressemitteilung des G-BA: [http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/pm/2006-04-18-RL\\_Qualitaetspruefung.pdf](http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/pm/2006-04-18-RL_Qualitaetspruefung.pdf) [Stand: 25.04.2006]

10 Website: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

11 Der Text der Richtlinie und eine ausführliche Begründung des G-BA finden sich unter [http://www.g-ba.de/cms/front\\_content.php?idart=484](http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idart=484) [Stand: 31.03.06]

12 QEP: „Qualität und Entwicklung in Praxen“, siehe Health System Watch I/06 sowie <http://www.kbv.de/qs/qualitaetsmanagement.html>

13 Diese QM-Systeme wurden bereits in Health System Watch I/06 vorgestellt.





Es ist jedenfalls zu bemerken, dass es zunächst keine gesetzliche Verpflichtung zur umfassenden externen Qualitätssicherung für Praxen gibt. Allerdings gibt es zwei Bestimmungen, die eine Änderung dieses Umstandes in der Zukunft möglich erscheinen lassen. Zum einen wird im GMG 2004 der § 73b SGB V dahin gehend geändert, dass Krankenkassen hausärztliche Verträge „mit besonders qualifizierten Ärzten“ zu schließen haben. Zweitens legt die Richtlinie des G-BA die Einrichtung von Qualitätsmanagement-Kommissionen fest. Sie bestehen aus mindestens drei besonders qualifizierten Mitgliedern von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und einem Vertreter der Krankenkassen. Diese Qualitätsmanagement-Kommissionen sollen zunächst nur die Einführung eines QM-Systems in den Praxen kontrollieren, könnten aber in Zukunft auch eine darüber hinausgehende Darlegung verlangen. Schon von Beginn an sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen bei 2,5 Prozent der Kassenärzte pro Jahr über den Entwicklungsstand informieren. Der G-BA wird nach Ablauf von fünf Jahren die Richtlinie anhand von Studien und Qualitätsindikatoren evaluieren und über die Akkreditierung von einzelnen besonders tauglichen QM-Systemen einerseits und Sanktionen für den Fall der Nichteinhaltung andererseits beraten.

Bezüglich der Ärztefortbildung hat es ebenfalls Änderungen gegeben. Aufgrund des GMG 2004 wurde der § 95d in das SGB V eingefügt, nach dem ÄrztInnen zur Fortbildung verpflichtet sind und diese alle fünf Jahre nachweisen müssen. Andernfalls kommt es zunächst zur Honorarreduktion und als letzte Maßnahme zum Zulassungsentzug. Die Fortbildungsverpflichtung wurde mit 250 Punkten innerhalb von fünf Jahren festgelegt. Bisher gab es eine Fortbildungsverpflichtung nur nach dem Berufsrecht.

### Die Situation in Frankreich<sup>14</sup>

In Frankreich ist vor allem die Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>15</sup> mit der externen Qualitätssicherung befasst. Ihre Gründung beruht auf dem Gesetz N°. 2004-810 vom 13. August 2004<sup>16</sup>, und mit dem 1. Jänner 2005 nahm die Institution ihre Arbeit auf. Sie hat dabei die Aufgaben der Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANAES) übernommen, die seit 1999 Qualitätssicherungsaufgaben wahrgenommen hat. Die HAS ist eine eigenständige Agentur unter der Generaldirektion Gesundheit des Ministère de Santé et des Solidarités (Gesundheits- und Sozialministerium). Sie bewertet medizinische Maßnahmen und Produkte, führt eine Überprüfung aller medizinischen Einrichtungen durch und operiert dabei weitgehend unabhängig auf der Basis der Verordnung N°. 2004-1139 vom 26. Oktober 2004.

Bereits mit dem Reformgesetz N°. 96-346 vom 24. April 1996 wurde der Grundstein für die Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen gelegt und die Schaffung einer entsprechenden Agentur, der ANAES, beschlossen. Bis 1999 erstellte ein multidisziplinäres Team ein Akkreditierungsmanual, auf dessen Basis die ersten Überprüfungen stattfanden. 2003 erschien Version 2, welche die Grundlage für alle Akkreditierungen ab 2004 darstellt. Im Handbuch ist ein detaillierter Katalog von Standards enthalten, deren Einhaltung und Umsetzung überprüft werden. Diese „accréditation“ hat große Ähnlichkeit mit der amerikanischen Akkreditierung. Allerdings ist die durchführende Institution öffentlich-rechtlich und nicht, wie die JCAHO<sup>17</sup>, privat. Außerdem existiert für alle Arten von Gesundheitseinrichtungen zunächst nur ein Katalog von Standards, der aber spezielle Bereiche umfasst. Diese Überprüfungen fanden zunächst nur für stationäre Einrichtungen statt. Es bestand aber schon ursprünglich die Absicht, alle Gesundheitsdienstleister einzubeziehen, also auch niedergelassene ÄrztInnen.

Im Jahre 2003 startete ein Pilotprojekt in vier französischen Regionen, so genannte EPP (évaluation des pratiques professionnelles) bei niedergelassenen ÄrztInnen, und zwar auf freiwilliger Basis, durchzuführen. Die regionalen Vertretungen der niedergelassenen ÄrztInnen (Unions Régionales des Médecins Libéraux, URML) und die HAS arbeiten dabei zusammen. Die HAS bildet dazu einige ÄrztInnen zu Evaluatoren aus. Diese führen innerhalb von fünf Jahren ein oder mehrere Audits durch. Dabei soll der Praxisinhaber mithilfe des Evaluators eine Selbstbewertung erstellen. Auf Basis der référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles, die von der HAS mithilfe des „Conseil National de la Formation Médicale Continue“ (der ärztlichen Weiterbildungsorganisation, CNFMC) und anderer ärztlicher Organisationen erarbeitet wurden, spricht der Evaluator dann Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung aus,

14 Grundlage des Berichts sind die Informationen der HAS auf der Seite [http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/anaesparametrage.nsf/accueillevaluation?readform&Default=y&\[Stand:18.03.2006\]](http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/anaesparametrage.nsf/accueillevaluation?readform&Default=y&[Stand:18.03.2006]). Unser Dank gilt Frau Dr. Karine Chevreul vom IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) für ihre Erläuterungen.

15 Website: [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

16 Gesetzestexte können auf der Seite [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) nachgelesen werden.

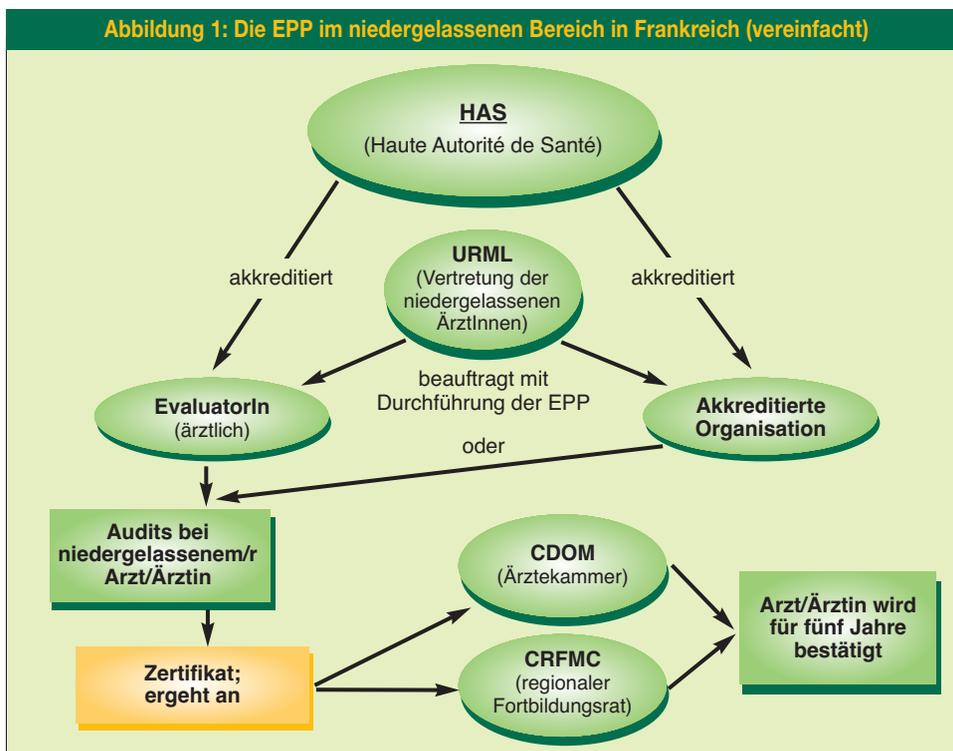
17 Die schon mehrfach erwähnte amerikanische Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations





für deren Umsetzung weitere Audits folgen können. Der gesamte Prozess bleibt dabei eine Sache zwischen dem Praxisinhaber und dem Evaluator, sodass die Qualitätsarbeit im Vordergrund stehen kann. Notwendige Fortbildungen werden an den jeweiligen CRFMC (Conseil Régional de la Formation Médicale Continue) gemeldet, die regionalen ärztlichen Fortbildungsinstitutionen. Nach zufrieden stellendem Ergebnis erteilt der Evaluator sodann ein Zertifikat. Die Kosten der Evaluation trugen bisher die URML, was aufgrund der gestiegenen Anzahl an EPP in Zukunft wahrscheinlich nicht halten wird. Denn im Jahre 2004 wurde das Verfahren auf ganz Frankreich ausgedehnt. Zusätzlich wurde es verpflichtend. Um die gestiegene Überprüfungslast zu bewältigen, akkreditiert die HAS nun weitere Institutionen, die zusätzlich zum bisherigen System die EPPs durchführen können. Das Verfahren muss innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren abgeschlossen werden, also zum ersten Mal bis 2010. Das Zertifikat der überprüfenden Organisation oder des Evaluators ergeht an den CRFMC und den CDOM, den „Conseil Départemental de l'ordre des Médecins“ (ähnlich der Ärztekammer), und bildet die Grundlage für die Rezertifizierung. Ohne Rezertifizierung droht der Entzug der Berechtigung zur eigenständigen Berufsausübung.

Die EPP im niedergelassenen Bereich in Frankreich (vereinfacht)



Quelle: IHS HealthEcon 2006.

## Die Situation im Vereinigten Königreich<sup>18</sup>

Das Gesundheitssystem im Vereinigten Königreich ist vom österreichischen recht verschieden, da es in der Tradition der Beveridge-Systeme steht. Für den Sektor der Primärversorgung sind die sogenannten Primary Care Organisations (PCO)<sup>19</sup> zuständig. Diese über 300 Institutionen organisieren jeweils sehr lokal die primäre Gesundheitsversorgung, darunter die niedergelassenen ÄrztInnen. Die PCOs sind Teil des staatlichen Gesundheitsdienstes NHS, dessen Mittel direkt vom Gesundheitsministerium aus Steuern zugeteilt werden. Die Arbeit der PCOs wird von der Healthcare Commission bewertet und in einem Ranking dargestellt.<sup>20</sup> Parameter sind dabei zum Beispiel Wartezeiten auf Termine, Erfolge im Präventivbereich oder Ergebnisse von Patientenbefragungen. Die Healthcare Commission bewertet auf diese Weise aber nur global die Arbeit aller niedergelassenen ÄrztInnen. Die PCOs haben naturgemäß wiederum ein Interesse an der Qualität der mit der Versorgung betrauten ÄrztInnen

Die Situation im Vereinigten Königreich

<sup>18</sup> Wir danken dem Royal College of General Practitioners für seine Unterstützung.

<sup>19</sup> PCO ist der Überbegriff. Die Primary Care Organisations haben in den einzelnen Teilen des UK bisweilen unterschiedliche Namen: in England beispielsweise Primary Care Trust (PCT), in Wales Local Health Board usw.

<sup>20</sup> Website: [www.healthcarecommission.org.uk](http://www.healthcarecommission.org.uk)





und führen seit 2002 ein „annual appraisal“, eine jährliche Bewertung, der niedergelassenen ÄrztInnen durch.<sup>21</sup> Dieses Appraisal hat aber durchwegs „positiven“ Charakter und wurde auch gemeinsam mit der Medical Association abgesprochen. Es steht also nicht so sehr Leistungskontrolle im Vordergrund, sondern es soll dem Arzt/der Ärztin in einem konstruktiven Dialog Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen und ihm/ihr helfen, diese zu nutzen. Grundlage sind dabei auch hier die weiter unten genauer beschriebenen Grundsätze der Good Medical Practice (GMP), die vom General Medical Council (GMC) herausgebracht wurden. Im Appraisal-Prozess reflektiert zunächst der Arzt bzw. die Ärztin über das vergangene Jahr und führt unter anderem anhand eines Fragebogens eine Selbstbewertung durch. Auf einer Website stehen zusätzliche Tools für den Appraisal-Prozess zur Verfügung.<sup>22</sup> Zusammen mit dem Appraiser werden dann anhand dieser Vorarbeiten in einem Gespräch Entwicklungsmöglichkeiten besprochen. Sowohl die Arbeit auf der Online-Plattform als auch das Gespräch mit dem Appraiser sind vertraulich. Die PCO wird nur über grundsätzliche Daten in Kenntnis gesetzt, außer die Fähigkeit zu praktizieren oder die Patientensicherheit wären ernstlich in Zweifel zu ziehen. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, die in jeder Praxis vorhandenen Probleme und Defizite offen anzusprechen und bearbeiten zu können.

Für den Fall, dass Qualitäts- oder sonstige Leistungsprobleme bei niedergelassenen ÄrztInnen auftreten, ist das National Clinical Assessment Service (NCAS)<sup>23</sup> zuständig. Es ist Teil der National Patient Safety Agency (NPSA) und arbeitet mit allen einschlägigen Einrichtungen wie den Royal Colleges, dem GMC und dergleichen zusammen. Ziel ist es, bei möglichen Problemen frühzeitig ein umfangreiches Assessment durchzuführen und Vorschläge für das weitere Vorgehen zu machen. Welche Maßnahmen tatsächlich gesetzt werden, ist aber Sache des Arztes/der Ärztin und des Vertragspartners (meist des PCO).<sup>24</sup>

Für die Zulassung als Arzt/Ärztin ist im UK nicht die Ärztevertretung (British Medical Association)<sup>25</sup>, sondern eine eigene Körperschaft, der General Medical Council (GMC)<sup>26</sup>, zuständig. Der GMC besteht aufgrund des Medical Act von 1858 und wird mit gewählten Mitgliedern der registrierten ÄrztInnen, sowie Vertretern des NHS und akademischen Mitgliedern besetzt. Seit 1. April 2006 ist er auch zentrale Registrierungsstelle aller praktischen ÄrztInnen. Bislang war eine Registrierung dort lebenslang, außer bei schweren Verstößen. Seit 1998 wird intensiv an einem System zur „Revalidation“ gearbeitet. Bereits 1995 hat der GMC einen Katalog „Good Medical Practice“ (GMP)<sup>27</sup> herausgebracht, eine Art umfassende Richtschnur für ÄrztInnen. Sie umfasst Grundsätze aufrechten, evidenzbasierten ärztlichen Handelns ebenso wie Vorgaben für kollegiales Verhalten, Selbstbewertung, Weiterbildung etc. Diese GMP soll die Grundlage für ein Revalidierungsverfahren bilden. Das bedeutet, dass ÄrztInnen eine Lizenz zum Praktizieren erhalten und diese immer wieder erneuern müssen. 2005 wurden die GMP einem Review-Verfahren unterzogen, um sie an aktuelle Erfordernisse des NHS-Plans anzupassen.

Im Jahre 2000 wurde der NHS-Plan erlassen.<sup>28</sup> Es handelt sich dabei um ein umfassendes Reformprogramm, das bis 2010 umgesetzt werden soll und bezüglich der Qualitätsthematik einige bemerkenswerte Neuerungen mit sich bringt. Vor allem hat es den Grundstein für neue Verträge im System des NHS für niedergelassene ÄrztInnen gelegt. Diese erhalten größere Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich ihrer Praxen und der Arbeitszeit. Ein wesentliches Element wurde aber auch die Möglichkeit, durch Erfüllung bestimmter Voraussetzungen bezüglich Qualität höhere Bezüge zu erhalten. Es wurde also ein finanzieller Anreiz für eigene Qualitätsbemühungen geschaffen.

Diese Bewertung erfolgt nach dem so genannten Quality and Outcomes Framework (QOF)<sup>29</sup> (seit 1. April 2004). Es handelt sich dabei um eine sehr umfangreiche Liste von Indikatoren, für deren Einhaltung Punkte vergeben werden. Dabei gibt es vier Bereiche<sup>30</sup>:

- ◆ Klinische Indikatoren: Sie betreffen die evidenzbasierte Behandlung wichtiger Krankheiten (Koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Diabetes, Asthma etc.);

21 Sehr detaillierte Informationen bietet das Department of Health: [http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HumanResourcesAndTraining/LearningAndPersonalDevelopment/Appraisals/AppraisalsArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4052082&chk=gXUb3K](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HumanResourcesAndTraining/LearningAndPersonalDevelopment/Appraisals/AppraisalsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4052082&chk=gXUb3K); Informationen von Seiten des NHS: <http://www.appraisalsupport.nhs.uk/>

22 Seite des Appraisal-Toolkit: <http://www.appraisals.nhs.uk/>

23 <http://www.ncaa.nhs.uk/>

24 Website: <http://www.ncaa.nhs.uk/> [Stand: 06.04.2006]

25 [www.bma.org](http://www.bma.org)

26 <http://www.gmc-uk.org/>

27 <http://www.gmc-uk.org/guidance/library/GMP.pdf> [Stand: 28.03.2006]

28 UK Department of Health (2000): The NHS Plan. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/57/83/04055783.pdf> [Stand: 30.3.2006]

29 <http://www.ic.nhs.uk/services/qof>

30 Nach der überarbeiteten Version von August 2004: Quality and Outcomes Framework. UK Department of Health, August 2004. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/86/93/04088693.pdf> [Stand: 04.04.06]





- ◆ organisatorische Indikatoren: Praxismanagement, Dokumentation, Fortbildung und dergleichen;
- ◆ Patientenerfahrungen: Punkte für längere Konsultationen (!), für die Durchführung von Patientenbefragungen, u.Ä.;
- ◆ zusätzliche Services: Durchführung und Qualität des Zervixscreenings, Einführung einer Politik für Kontrazeptionsberatung etc.

ÄrztInnen, die am QOF teilnehmen möchten, werden jährlich von einem Team visitiert, das aus einem Arzt/einer Ärztin, einem Verwaltungsangehörigen des PCO und einem Patientenvertreter gebildet wird. Alle TeilnehmerInnen haben dabei zuvor eine Assessorenausbildung erhalten. Sie kontrollieren jene Bereiche und Angaben, in denen der Arzt/die Ärztin Verbesserungen angekündigt hat. In einem zweiten Teil werden Verbesserungen für das nächste Jahr besprochen, die der Arzt/die Ärztin anstreben möchte. Auf Basis der erreichten Punkte erfolgt eine Zuzahlung.<sup>31</sup>

Um solche Qualitätsziele zu erreichen, können sich ÄrztInnen an Institutionen wie das Health Quality Service (HQS) wenden. Aus einem Pilotprojekt des gemeinnützigen Kings Fund hervorgegangen, steht das HQS stark in der Tradition der amerikanischen Akkreditierung. Neben Programmen für diverse Gesundheitseinrichtungen steht auch eines für Praxen zur Verfügung. Zusätzlich zur Akkreditierung kann auch ein ISO-Zertifikat erworben werden. Um dem QOF gerecht zu werden, wurde das Programm 2005 angepasst.

Auch die Royal Colleges sind um Qualitätsentwicklung bemüht. Die Royal Colleges sind, anders als der Name vermuten lässt, mit Fachgesellschaften vergleichbar. Das Royal College of General Practitioners hat z. B. von sich aus den Quality Practice Award ins Leben gerufen. Anhand von 23 Standards werden Praxen, die sich bewerben, von einem vierköpfigen, multidisziplinären Team überprüft und erhalten bei Erfüllung der Standards den Qualitätspreis für fünf Jahre verliehen. Der Nutzen der Auszeichnung besteht zum einen in den Qualitätsverbesserungen, die während des Hinarbeitens auf den Preis erreicht werden können, zum anderen aus der Eigenschaft als Qualitätssiegel gegenüber den PatientInnen.

Im Bereich der Continuing Medical Education (CME) hat sich im Vereinigten Königreich ebenfalls einiges getan. Durch den General and Specialist Medical Practice (Medical Education, Training and Qualifications) Order 2003<sup>32</sup> wurde eine unabhängige Körperschaft geschaffen, der die gesamte ärztliche postgraduale Fortbildung<sup>33</sup> obliegt. Der Postgraduate Medical Education and Training Board (PMEB)<sup>34</sup>, der am 30.9.2005 seine Arbeit aufnahm und damit alle Aufgaben früherer Institutionen übernommen hat, legt mithilfe der Ärztevertretungen und Royal Colleges Rahmenbedingungen für die Ausbildung zum Facharzt und Praktischen Arzt fest, überprüft die Einhaltung dieser Standards vor der Zulassung zum Ärztereister und legt die Bestimmungen der Fortbildungsnotwendigkeiten fest. Auch bei diesen Aufgaben wird auf das GMP-Dokument des GMC als Grundlage verwiesen.

Alle Gesundheitsdienstleister außerhalb des NHS, also auch PrivatärztInnen, müssen sich einer jährlichen Inspektion durch die Healthcare Commission stellen, bei der Mindeststandards überprüft werden. Auch hier folgt auf ein Self-Assessment eine Visitation vor Ort. Um Qualitätsbemühungen auszuschließen, die ausschließlich für den Überprüfungsstermin an den Tag gelegt werden, führt die HCC jede dritte ihrer Überprüfungen in einem Jahr *unangekündigt* durch.<sup>35</sup>

Im Vereinigten Königreich gibt es noch eine Reihe weiterer Institutionen, die sich mit Qualität in Praxen beschäftigen, allerdings würde dies den Rahmen des Health System Watch sprengen.

## Die Situation in Polen<sup>36</sup>

Polen musste nach Ende der kommunistischen Ära sein enorm verstaatlichtes System ambulanter Versorgung zunächst komplett umorganisieren. Stand damals noch der Zugang aller zur Medizin im Vordergrund, reifte bald die Erkenntnis, dass die Qualität der Leistungen eine ebenso bedeutende Rolle spielt. Eine Vertretung Praktischer ÄrztInnen wurde erst 1992 etabliert. Bereits 1994 wurde das National Cen-

31 UK Department of Health (2004): General Guidance on Annual QOF Review Process. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/21/71/04082171.PDF> [Stand: 05.04.2006]

32 The General and Specialist Medical Practice (Education, Training and Qualifications) Order 2003. <http://www.opsi.gov.uk/si/si2003/20031250.htm> [Stand: 05.04.2006]

33 Mit Ausnahme des zahnärztlichen Bereichs

34 Website: <http://www.pmetb.org.uk/> [Stand: 05.04.2006]

35 Informationen zur Überprüfung unabhängiger Gesundheitsdienstleister: <http://www.healthcarecommission.org.uk/assetRoot/04/01/77/80/04017780.pdf>

36 Basierend auf Informationen der NCQA sowie Windak A, Tomasiak T, Kryj-Radziszewska E.: The Polish experience of quality improvement in primary care. *Jt Comm J Qual Improv.* 1998 May; 24 (5): 232-9. Tomasiak T., Krol Z.: News from Poland. *Eur J Gen Pract* 2005; 11 (1): 40





### Die Situation in Norwegen

tre for Quality Assessment in Health Care (NCQA bzw. polnisch CMJ)<sup>37</sup> vom Gesundheitsministerium ins Leben gerufen. Es handelt sich dabei um eine Qualitätsinstitution, die sich mit Leitlinienentwicklung, Projekten für Qualitätsarbeit und Qualitätssicherung befasst. Die wesentlichen Qualitätsinitiativen in Polen waren zunächst der zunehmende Aufbau von peer review, wofür es seit dem Jahre 2000 eine Ausbildung gibt, und ein freiwilliges Akkreditierungssystem für Praxen, welches von der Polnischen Gesellschaft für Qualitätsentwicklung (TPJ)<sup>38</sup> in Zusammenarbeit mit der NCQA angeboten wird und auf 199 Kriterien fußt, die zusammen mit dem Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), der Australian General Practice Accreditation Limited (AGPAL)<sup>39</sup> und der Polnischen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin erarbeitet wurden. Aufgrund der Einbindung so vieler Gruppen in das Akkreditierungsprojekt erscheint durchaus möglich, dass dieses langfristig eine weite Verbreitung finden wird. Das Akkreditierungsbüro der NCQA ist außerdem EFQM Partner und verleiht den Polnischen Qualitätspreis. Im Jahre 2004 wurde ein Gesetz verabschiedet, das in Zukunft eine Rezertifizierung für Ärzte vorsieht. Sie basiert allerdings noch ausschließlich auf CME, es müssen 400 Punkte in vier Jahren nachgewiesen werden. Konsequenzen bei Nichteinhaltung sind allerdings bislang nicht festgelegt worden.

### Die Situation in Norwegen<sup>40</sup>

In Norwegen gab es 2001 eine Reform der Primärversorgung, die sehr regional strukturiert ist. Die stärksten Qualitätsbemühungen gehen von der Norwegian Medical Association<sup>41</sup> aus. Als bedeutendste Maßnahme der externen Qualitätssicherung ist das Rezertifizierungsverfahren zu nennen, das auf einem erweiterten Fortbildungskonzept beruht. Es sind 300 Punkte in fünf Jahren zu erbringen. Dabei sind 140 Punkte festgelegt, 100 in Seminarform, je 20 für Visitationen und für Gruppenarbeiten. Die übrigen 160 Punkte können durch eine große Vielfalt von Aktivitäten erworben werden wie Qualitätsarbeit, wissenschaftliche Tätigkeit, Seminare, Lehre, Nachweis erweiterter praktischer Fähigkeiten und dergleichen. Auf diese Weise können die Ärzte Schwerpunkte in jenen Bereichen setzen, die sie für ihre Praxis für wichtig erachten oder in denen sie Bedarf sehen. Als weitere bemerkenswerte Entwicklung möchten wir das SEDA-Projekt nennen. Da 90 Prozent der ÄrztInnen in Norwegen eine elektronische Patientendokumentation führen, sollen die Daten in einer Datenbank zusammengeführt werden. Diese Datenbank wird unter anderem auch der Qualitätsentwicklung dienen.

### Diskussion

#### Diskussion

Es ist durchaus erstaunlich, was sich zum Teil innerhalb weniger Jahre im Qualitätsbereich in Europa getan hat. Rezertifizierung aufgrund von Fortbildung ist fast überall Standard. Darüber hinausgehende Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind allerdings nicht überall zu finden und sehr vielgestaltig. Naturgemäß kann unsere Darstellung nur einen Ausschnitt zeigen. Dennoch möchten wir im Folgenden noch einmal wesentliche Erkenntnisse reflektieren.

In Deutschland sind neben dem Gesetzgeber und der Ärztekammer die Kassenärztlichen Vereinigungen und der G-BA maßgebliche Player für die externe Qualitätssicherung in der Arztpraxis. Besonders hervorzuheben scheint uns die besondere Konstruktion: Während das Sozialgesetzbuch strategische Ziele vorgibt, ist vielfach der G-BA mit der Ausgestaltung betraut. Er vereinigt mit den Leistungserbringern und Kostenträgern sowie Patientenvertretern die wesentlichen Stakeholder im Gesundheitswesen, die dazu aufgerufen sind, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten und Richtlinien zu erstellen. Zweifellos gibt es in Details auch am G-BA und seinen Richtlinien Kritik, doch erscheint die Subsidiarität und die Beteiligung der wichtigen Gruppen zielführend. Die Richtlinie zur verpflichtenden Einführung eines QM-Systems in Praxen scheint eher dazu geeignet, zu Qualitätsarbeit anzuhalten, als eine bloße Evaluierung. Es wird sich aber erst zeigen müssen, ob der nicht unerhebliche Aufwand eine Qualitätsverbesserung hervorbringen kann, die diesen rechtfertigt. Auch der Qualitätsvorbehalt mit wiederholtem Befähigungsnachweis bei bestimmten Leistungen erscheint sinnvoll angesichts des immer breiteren Spektrums an Tätigkeiten, die spezielle, geschulte Fertigkeiten benötigen.

Das EPP-System in Frankreich besticht zunächst durch seine ambitionierte Qualitätsentwicklungsperspektive mit einer variablen Zahl an Audits je nach Bedarf. Es wird Qualitätsarbeit verlangt, statt bloße

37 Website: <http://www.cmj.org.pl/>, nicht zu verwechseln mit der NCQA in den USA.

38 Website: [www.tpj.pl](http://www.tpj.pl)

39 Im Gegensatz zu anderen Akkreditierungsorganisationen beschäftigt sich die AGPAL ausschließlich mit dem Primärversorgungsbereich. Der Australian Council on Health Care Standards (ACHS) akkreditiert Spitäler.

40 Wir danken Dr. Janecke Thesen von der Universität Bergen für die Unterstützung.

41 Website: [www.legeforenningen.no](http://www.legeforenningen.no)





Kontrolle auszuüben, Defizite werden zunächst nicht an Institutionen gemeldet. Die Kosten dürften aber nicht unbedeutend werden. Die weitere Entwicklung sollte mit großer Aufmerksamkeit verfolgt werden. Das Vereinigte Königreich ist geprägt von einer großen Vielfalt an QS-Institutionen und -Verfahren. Positiv erscheint der formative Charakter des Appraisal-Prozesses, dessen Erfolg letztlich nur indirekt über das Benchmarking der PCOs durch die Healthcare Commission gefordert wird. Der neue Revalidierungsprozess des GMC und neue Bestimmungen zur gesamten postgradualen Ausbildung sind derzeit heiß umstritten. Die Zeiträume, in denen all diese neuen Regelungen umgesetzt wurden und werden, sind erstaunlich kurz, und man fragt sich, ob die ÄrztInnen hier nicht auch überfordert werden könnten. Das QOF verbindet Qualitätsarbeit mit einem finanziellen Anreiz, eine Idee, die in Europa vermehrt diskutiert wird. Für ÄrztInnen außerhalb des NHS-Systems kommen mit den teilweise unangekündigten Kontrollen durch die Healthcare Commission härtere Bestimmungen zum Tragen als in den meisten anderen Ländern. In Polen und Tschechien finden wir erfreulicherweise trotz der ehemaligen Trennlinie bereits einiges an Qualitätsinitiativen. Die breite Basis, mit der am polnischen Akkreditierungsverfahren gearbeitet wird, könnte aus diesem, ähnlich der Akkreditierung durch die JCAHO in den USA, einen De-facto-Standard machen, ohne dass es gesetzlich vorgeschrieben wäre. Norwegen zeigt mit seinem umfassenderen Weiterbildungsbegriff einen interessanten Weg auf, durch den die ÄrztInnen individuelle Entwicklungsnotwendigkeiten abdecken können. In den Niederlanden verdient die seit 2005 bestehende Verpflichtung zur Teilnahme an Visitation ganz besondere Beachtung. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Europa, mit Ausnahme der fast überall verbreiteten Weiterbildungsverpflichtung, durchaus unterschiedliche Ansätze in der QS im Allgemeinen und auch in der externen QS im Speziellen beschränkt werden. Aus dieser Vielfalt lässt sich sicherlich viel lernen. Sie kann sowohl Ideen zur Verbesserung liefern als auch aufzeigen, was besser vermieden werden sollte. Allerdings sind praktisch alle Maßnahmen so jungen Ursprungs, dass ihr tatsächlicher Nutzen sich erst noch erweisen muss. Es ist keineswegs gesagt, dass überbordende Qualitätskontrollen oder umfassende QM-Systeme sich tatsächlich positiv auf die Qualität auswirken. Wesentlich aber erscheint, dass „Blame-and-Shame“ der Vergangenheit angehören und die Qualitätsentwicklung als gemeinsames Ziel unter Einbindung aller Beteiligten angestrebt werden sollte.

**Tabelle 3: Länderübersicht**

	Qualitätssicherung allgemein: rechtliche Situation	Wichtigste Maßnahmen der externen Qualitätssicherung*: Art, rechtlicher Status	Organisationen, die diese externe QS durchführen	Charakter der Organisationen	Ablauf, Charakter der externen QS	Umfang der CME (Continuing Medical Education)
<b>Österreich</b>	gesetzlich vorgeschrieben	verpflichtende Evaluierung durch Fragebogen	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)	mit gesetzlichem Statut, im Alleineigentum der Ärztekammer	Evaluierungsfragebogen; stichprobenartige Überprüfung der Angaben durch VerifikatorInnen; Behebung von Mängeln innerhalb einer Frist, sonst Disziplinaranzeige; KV-Träger können Ergebnisse verlangen; anonymisierte Meldung an das BMGF	Weiterbildungsverpflichtung nach §49 Ärztegesetz, aber keine Nachweispflicht; freiwilliges Diplomfortbildungsprogramm: 150 Punkte in 3 Jahren
<b>Belgien</b>	nicht vorgeschrieben	freiwillig, Rezertifizierung finanziell gekoppelt	Projekte des National Institute of Public Health (NIPH) sowie wissenschaftlicher ärztlicher Organisationen	NIPH: öffentlich-rechtlich	freiwillig; Projekte bzgl. Qualitätsindikatoren und Visitationsverfahren	semi-freiwillig da Voraussetzung für Akkreditierung, die gekoppelt mit Finanzierung ist, 3Tage im Jahr freie Themen, 1 Tag Ethik/Ökonomie
<b>Dänemark</b>	empfohlen	freiwillig, diverse Projekte, z.B. KISS-Projekt, in Zukunft Dänisches Qualitätsmodell des Kvalitetsinstituttet	KISS: Nahtstellenübergreifendes (Besonderheit) Qualitätsprojekt mehrerer Spitäler, praktischer ÄrztInnen und anderer Gesundheitsdienstleister mit der Englischen HQS / Kvalitetsinstituttet: Dänisches Qualitätsmodell als Akkreditationsmodell für alle Gesundheitsleister in Entwicklung	KISS: im Auftrag der Region Süd-Jütland / Kvalitetsinstituttet: unabhängige staatliche Institution des National Board of Health	KISS: angelehnt an die HQS-Standards unter Einbezug eines Nahtstellen übergreifenden Charakters	NA
<b>Deutschland</b>	gesetzlich vorgeschrieben	verpflichtend: Qualitätsprüfungen im Einzelfall; Fortbildungsnachweis; Nachweis der Einrichtung eines QM-Systems	v.a. Kassenärztliche Vereinigungen	Kassenärztliche Vereinigungen: Vertretung der Kassenärzte kraft Gesetzes; Anbieter der QM-Systeme größtenteils privat, QEP von der KBV	Einrichtung eines internen QM, Überprüfung der Durchführung durch KVE, zu den einzelnen QM-Systemen Health System Watch 1/2006	Verpflichtung zur Fortbildung und Nachweis 250 Punkte alle fünf Jahre; ansonsten Honorarreduktion und als letzte Maßnahme Zulassungsentzug

## Länder- übersicht





## Länder- übersicht

Tabelle 3: Länderübersicht (Fortsetzung)

	Qualitätssicherung allgemein: rechtliche Situation	Wichtigste Maßnahmen der externen Qualitätssicherung: Art, rechtlicher Status	Organisationen, die diese externe QS durchführen	Charakter der Organisationen	Ablauf, Charakter der externen QS	Umfang der CME (Continuing Medical Education)
<b>Estland</b>	gesetzlich vorgeschrieben seit 2001	verpflichtende jährliche Evaluierung durch die Krankenversicherung; Rezertifizierung alle 5 Jahre; derzeit aber noch keine Konsequenzen bei Nichterfüllung	Evaluierung durch Krankenversicherung, Rezertifizierung durch Ständevertretung		externes Audit durch Krankenversicherung	300 Punkte alle 5 Jahre für Rezertifizierung
<b>Frankreich</b>	gesetzlich vorgeschrieben	Verpflichtung zur EPP (évaluation des pratiques professionnelles) seit 2004	HAS (Haute Autorité de Santé) in Zusammenarbeit mit Vertretungen der niedergelassenen Ärztinnen (Unions Régionales des Médecins Libéraux, URML)	HAS: öffentlich-rechtlich URML: ähnlich KVe	Evaluatoren (von HAS ausgebildete ÄrztInnen) führen eine/mehrere Visitationen durch und helfen Selbstbewertung durchzuführen; EvaluatorIn macht in Bericht Vorschläge für Verbesserungen; Kosten der Evaluation tragen die URMLs	in Verbindung mit EPP
<b>Irland</b>	in Ausarbeitung: Reform des Medical Practitioners Act (1978), die auch ein Qualitätssicherungsverfahren enthalten wird, das der GMC durchführt.	derzeit noch freiwillig	Irish Medical Council arbeitet das zukünftige Modell aus	öffentlich-rechtlich	Peer Review-Modell, Basis des zukünftigen Verfahrens	freiwillig, durch die jeweilige Fachgesellschaft, viele peer groups
<b>Luxemburg</b>	nicht vorgeschrieben außer CME-Nachweis	freiwillig				gesetzliche Verpflichtung zur Weiterbildung
<b>Niederlande</b>	gesetzlich vorgeschrieben	Rezertifizierung über CME und seit 2005 verpflichtende Teilnahme an Visitation	z.B. EPA: Centre for Quality of Care Research, Radboud University Nijmegen Medical Center, Visitation: Dutch Institute for Healthcare Improvement CBO	CBO: gegründet von zwei ärztlichen Fachgesellschaften	Visitation mit Selbst- und Fremdbewertung	
<b>Norwegen</b>	gesetzlich vorgeschriebene Rezertifizierung	Rezertifizierung auf Basis eines erweiterten CME-Begriffs	Norwegian Medical Association	Ärztervertretung	Nachweis von CME-Tätigkeiten	300 Punkte alle 5 Jahre, davon 140 aus vorgeschriebenen Bereichen. Der Rest kann aus vielfältigen Tätigkeiten zur professionellen Entwicklung erworben werden
<b>Polen</b>	gesetzlich vorgeschriebene Rezertifizierung	Rezertifizierung auf Basis von CME; freiwillige Akkreditierung	Akkreditierung: Polnische Gesellschaft für Qualitätsentwicklung (TPJ) in Zusammenarbeit mit dem National Centre for Quality Assessment in Health Care (NCQA)	öffentlich-rechtlich	Rezertifizierung	verpflichtender Nachweis von 400 Punkten in vier Jahren
<b>Portugal</b>	empfohlen	freiwillig, alle 3 Jahre	National Institute for Quality in Health (IQS) in Zusammenarbeit mit Health Quality Service London	öffentlich-rechtlich	Accreditation (NIQH sowohl für KH als auch Praxen)	freiwillig; darf bis 15 Arbeitstage pro Jahr umfassen
<b>Tschechische Republik</b>	gesetzliche Regelung in Ausarbeitung	derzeit freiwillig, in Pilotprojekten	Pilotprojekte der Tschechische Gesellschaft für Allgemeinmedizin mit Unterstützung des MoH	ärztliche Berufsvertretung	Praxisassessment	verpflichtend
<b>Vereinigtes Königreich</b>	gesetzlich vorgeschrieben; diverse Maßnahmen	Überprüfung der Performance der PCO durch Healthcare-Commission, für ÄrztInnen jährlicher Appraisal-Prozess, Revallidierung bald verpflichtend, Teilnahme am QOF freiwillig, diverse Qualitätsaktivitäten wie Zertifizierung durch HQS oder Qualitätspreise, außerhalb des NHS: jährliche Überprüfung durch Healthcare-Commission	Appraisal: Primary Care Organisations (PCO) und Bewertung der PCOs und aller Ärzte außerhalb des NHS durch die Healthcare-Commission	PCOs sind Teil des staatlichen Gesundheitsdienstes NHS, Healthcare Commission und GMC sind öffentlich-rechtlich	seit 2002: „annual appraisal“ nach den Grundsätzen des Good Medical Practice (GMP) - Katalogs; Selbst- und Fremdbewertung, formativer Charakter; seit 2004: Möglichkeit bei bestimmten Qualitätsbemühungen höhere Bezüge zu erhalten: Quality and Outcomes Framework (QOF)	verpflichtend, durchgeführt vom Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB), ein neues System befindet sich gerade in Ausarbeitung

\*In nahezu jedem Land sind private Initiativen und Anbieter wie für ISO oder EFQM vorhanden, es sind die herausragendsten Projekte ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt. Quelle: IHS HealthEcon 2006 in Zusammenarbeit mit lokalen ExpertInnen.





**Tabelle A1:**

**Ausgaben für ärztliche Leistungen, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben**

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Österreich*	n.v.	24,9	23,4	23,4	23,3	23,2	23,3
Belgien	n.v.						
Dänemark	15,8	16,0	15,1	14,9	14,8	14,8	n.v.
Deutschland	17,7	10,4	10,2	10,1	10,1	10,1	n.v.
Estland	n.v.						
Finnland	25,1	24,8	24,2	24,1	24,0	24,0	n.v.
Frankreich	12,8	13,0	12,7	12,4	12,5	12,5	n.v.
Griechenland	n.v.						
Irland	16,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	19,9	22,2	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Lettland	n.v.						
Litauen	n.v.						
Luxemburg	21,6	14,2	19,9	19,6	19,0	n.v.	n.v.
Malta	n.v.						
Niederlande	9,6	8,6	8,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	n.v.						
Portugal	n.v.						
Schweden	14,4	12,1	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Slowakei	n.v.						
Slowenien	n.v.						
Spanien	n.v.						
Tschechien	n.v.	24,5	22,8	22,6	23,4	23,2	n.v.
Ungarn	n.v.	4,7	4,1	3,9	4,0	n.v.	n.v.
Vereinigtes Königreich	14,9	14,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Zypern	n.v.						
EU25	n.v.						
EU15 („alte EU“)	n.v.						
EU10 („neue EU“)	n.v.						
EU12 („Euro-Zone“)	n.v.						
Bulgarien	n.v.						
Rumänien	n.v.						
Kroatien	n.v.						
Mazedonien	n.v.						
Türkei	n.v.	n.v.	24,6	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	14,3	14,2	14,3	14,0	13,8	13,5	n.v.
USA	23,1	22,7	22,7	22,6	22,4	22,6	n.v.

\* öffentliche und private Ausgaben für ambulante Gesundheitsversorgung nach OECD System of Health Accounts

Quelle: OECD Health Data, Juni 2005; Statistik Austria, Februar 2006 für Österreich;

IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

**Ausgaben für ärztliche Leistungen, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben**





**Tabelle A2:**

**Charakteristika der ambulanten Versorgung, 2004**

	ÄrztInnen pro 1.000			AllgemeinmedizinerInnen pro 1.000			ZahnärztInnen pro 1.000			Arztkontakte pro Person und Jahr			ÄrztInnen, die zumindest Teilzeit in Krankenanstalten arbeiten, in %		
		EU25 = 100	1995 = 100		EU25 = 100	1995 = 100		EU25 = 100	1995 = 100		EU25 = 100	1995 = 100		EU25 = 100	1995 = 100
Österreich	3,5	99	130	1,4	144	116	0,5	81	110	6,7 <sup>9)</sup>	99	106	66,7 <sup>1)</sup>	159	91
Belgien	4,5 <sup>2)</sup>	128	118	1,4 <sup>3)</sup>	136	89	0,9	145	130	7,1	105	93	39,8 <sup>6)</sup>	95	100
Dänemark	3,0 <sup>1)</sup>	85	113	0,7 <sup>1)</sup>	71	110	0,8 <sup>1)</sup>	133	99	7,5	111	132	69,1 <sup>1)</sup>	165	100
Deutschland	3,4	97	111	1,0	103	84	0,8	126	106	6,5 <sup>8)</sup>	96	102	42,0	100	103
Estland	3,2 <sup>1)</sup>	91	99	0,7 <sup>1)</sup>	73	159	0,8 <sup>1)</sup>	133	138	6,8	101	115	48,2 <sup>1)</sup>	115	116
Finnland	3,2 <sup>1)</sup>	92	115	1,7 <sup>1)</sup>	167	116	0,9	139	93	4,2	62	102	49,3	118	98
Frankreich	3,4	97	105	1,7	166	102	0,7	109	99	6,5 <sup>8)</sup>	96	102	29,0	69	90
Griechenland	4,4 <sup>3)</sup>	126	113	1,3 <sup>1)</sup>	126	n.v.	1,1 <sup>3)</sup>	181	113	n.v.	n.v.	n.v.	49,0 <sup>7)</sup>	117	102
Irland	2,8	79	131	0,7	68	127	0,6	89	127	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	6,2 <sup>2)</sup>	177	109	0,9	195	103	0,6 <sup>2)</sup>	99	126	6,0 <sup>8)</sup>	89	91	30,0 <sup>6)</sup>	72	n.v.
Lettland	3,1	89	105	0,5	53	712	0,6	96	160	5,0	74	104	43,0 <sup>6)</sup>	103	96
Litauen	3,9	112	96	0,8	83	228	0,7	106	138	6,6	98	93	44,9	107	99
Luxemburg	2,8	79	124	0,9	91	115	0,7	120	137	2,8 <sup>8)</sup>	41	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Malta	3,2	93	132	0,8 <sup>6)</sup>	83	n.v.	0,5	72	139	2,4	36	n.v.	30,1 <sup>9)</sup>	72	n.v.
Niederlande	3,1 <sup>2)</sup>	90	122	0,5	151	109	0,5 <sup>1)</sup>	77	102	5,6 <sup>2)</sup>	83	98	n.v.	n.v.	n.v.
Polen	2,3 <sup>1)</sup>	66	99	n.v.	n.v.	n.v.	0,3 <sup>1)</sup>	45	61	5,9 <sup>1)</sup>	87	109	n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	3,3 <sup>1)</sup>	94	112	0,6 <sup>1)</sup>	56	89	0,5 <sup>1)</sup>	84	208	3,7 <sup>1)</sup>	54	115	74,1 <sup>1)</sup>	177	105
Schweden	3,3 <sup>2)</sup>	94	114	0,6 <sup>2)</sup>	56	118	1,5 <sup>7)</sup>	243	100	2,8 <sup>1)</sup>	41	93	71,1 <sup>1)</sup>	170	n.v.
Slowakei	2,3	65	107	0,5	46	106	0,6	96	95	7,0	103	97	55,4	132	109
Slowenien	3,1 <sup>1)</sup>	90	103	0,4 <sup>1)</sup>	43	119	0,5 <sup>1)</sup>	72	94	13,0	193	96	52,0 <sup>1)</sup>	124	n.v.
Spanien	3,2 <sup>1)</sup>	92	130	n.v.	n.v.	n.v.	0,5 <sup>1)</sup>	80	140	9,5 <sup>1)</sup>	141	122	44,4 <sup>4)</sup>	106	94
Tschechien	3,5	100	116	0,7	72	103	0,7	107	111	15,2	225	103	26,1	62	80
Ungarn	3,3	96	113	0,7	66	104	0,5	82	128	12,6	186	121	43,6	104	93
Vereinigtes Königreich	2,1 <sup>2)</sup>	61	119	0,7 <sup>1)</sup>	65	109	0,4 <sup>3)</sup>	70	113	5,4 <sup>8)</sup>	80	89	67,7 <sup>2)</sup>	162	107
Zypern	2,6 <sup>1)</sup>	75	106	n.v.	n.v.	n.v.	0,9 <sup>1)</sup>	149	112	1,9 <sup>1)</sup>	28	101	n.v.	n.v.	n.v.
EU25*	3,5	100	112	1,0	100	100	0,6	100	109	6,7	100	102	41,9	100	93
EU15* („alte EU“)	3,6	104	113	1,0	104	99	0,7	106	112	6,4	95	101	42,0	100	92
EU10* („neue EU“)	2,8	80	104	0,6	64	122	0,4	69	90	8,6	127	107	40,1	96	96
EU12* („Euro-Zone“)	3,9	113	112	1,1	114	96	0,7	108	113	6,7	99	103	38,1	91	90
Bulgarien	3,5	101	102	0,7	69	86	0,8	134	128	5,4 <sup>8)</sup>	80	98	45,4	108	134
Rumänien	2,0	57	112	0,8 <sup>6)</sup>	82	109	0,2	37	87	5,8	86	73	55,2	132	138
Kroatien	2,5	72	123	0,7	68	94	0,7	115	129	7,6	112	158	55,1	132	102
Mazedonien	2,2 <sup>3)</sup>	63	95	0,9 <sup>3)</sup>	86	86	0,6 <sup>3)</sup>	88	100	3,0 <sup>3)</sup>	44	97	34,9 <sup>3)</sup>	83	107
Türkei	1,4 <sup>1)</sup>	40	124	0,7 <sup>1)</sup>	73	114	0,3 <sup>1)</sup>	41	136	2,6 <sup>3)</sup>	39	155	57,2 <sup>2)</sup>	137	223
Schweiz	3,8	108	119	0,6	64	103	0,5	80	101	11,0 <sup>10)</sup>	163	n.v.	45,0	107	100
USA	2,3	66	115	0,8	80	114	0,5	80	100	8,9	132	89	n.v.	n.v.	n.v.

<sup>1)</sup> 2003, <sup>2)</sup> 2002, <sup>3)</sup> 2001, <sup>4)</sup> 2000, <sup>5)</sup> 1999, <sup>6)</sup> 1998, <sup>7)</sup> 1997, <sup>8)</sup> 1996, <sup>9)</sup> 1993, <sup>10)</sup> 1992, <sup>11)</sup> 1990

\* bevölkerungsgewichtet

Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2006; OECD Health Data, Juni 2005; IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

