



Health System Watch

Qualität im niedergelassenen Bereich – ein Update

Thomas Czypionka, Regina Gottwald, Marcel Kalmar*

Zusammenfassung:

Europaweit zeigt sich, dass die bereits eingeschlagenen, durchaus unterschiedlichen Wege der Qualitätsarbeit in ärztlichen Praxen sowie im gesamten Gesundheitssystem zügig fortgesetzt werden. Rezertifizierung und Qualitätsarbeit in der Praxis rücken zusammen, und Qualitätssicherung wird zunehmend über die Sektoren harmonisiert. In Österreich ist die 1. Runde der Praxisevaluationen mittlerweile abgeschlossen, wobei Kritik von verschiedenen Seiten an dem Verfahren geäußert wurde. Für die Erstellung und Durchführung des neuen Evaluationsdurchgangs ab 2011 sind die Positionen der nicht-ärztlichen Stakeholder gestärkt und inhaltliche Überarbeitungen angekündigt worden. Dringend notwendig wären aber statt Minimalanforderungen bei mangelnder Unterstützung der Ärzteschaft hohe Anforderungen, die durch Einbettung der Evaluierungen in Qualitätsmanagement und Unterstützungsangebote erreicht werden sollen. Die Entwicklung der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitssystem insgesamt befindet sich größtenteils immer noch im Aufbau. Die langjährigen Erfahrungen anderer europäischer Länder werden dabei zu wenig genutzt.

Einleitung

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (BGBl. I Nr. 179/2004) am 1. Jänner 2005 sind mittlerweile sechs Jahre vergangen. Bereits in der Ausgabe II/2006 des Health System Watch wurden die ersten Entwicklungen der Qualitätsarbeit aufbauend auf dem Gesundheitsreformgesetz vorgestellt, analysiert und mit internationalen Qualitätsbemühungen verglichen.¹ In dieser Ausgabe des Health System Watch möchten wir der Frage nachgehen, welche Entwicklungen es in der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen sowie international gegeben hat, wobei wir uns wiederum auf die Qualitätsarbeit rund um ärztliche Praxen konzentrieren.

Qualität in österreichischen Arztpraxen

Die ÖQMED

Die gesetzliche Grundlage für die Errichtung einer Institution für Qualitätssicherung wurde in der fünften Novelle des Ärztegesetzes (ÄrzteG) 1998 beschlossen (BGBl. I Nr. 140/2003). Seit der Gründung Mitte 2004 obliegt die gesetzliche Qualitätskontrolle aller niedergelassenen Ärzte in Österreich der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED), einer 100-prozentigen Tochtergesellschaft der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK). Im Jahre 2006 verabschiedete die ÖÄK eine Qualitätssicherungs-Verordnung (QS-VO 2006), welche sich mit der inhaltlichen Ausgestaltung der gesetzlich normierten Aufgaben der ÖQMED befasst.²

Abschnitt II der QS-VO listet Qualitätsstandards in Praxen nach den Dimensionen Struktur- und Prozessqualität – nicht jedoch die Ergebnisqualität betreffend – auf. Abschnitt III der QS-VO befasst sich, basierend auf diesen Standards, mit dem Evaluierungsverfahren: Fragebögen zur Selbsteva-

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

1 Czypionka T., Riedel M., Röhrling G. (2006b): Qualitätssicherung in Praxen: Eine europäische Perspektive. Health System Watch II/2006, online unter: http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw06_2d.pdf

2 Vgl. § 118a, c und e im ÄrzteG 1998.

Zusammenfassung

Einleitung

Die ÖQMED





luierung werden an alle niedergelassenen Ärzte versandt. Die Ergebnisse der ärztlichen Selbstevaluierung sind durch stichprobenartige³ Ordinationsbesuche zu kontrollieren. Bei der Identifizierung von Mängeln in den Praxen (bereits bei der Selbstevaluierung oder durch Ordinationsbesuche) wird dem betreffenden Arzt eine angemessene Mängelbehebungsfrist eingeräumt, die wiederum durch einen Ordinationsbesuch kontrolliert werden kann. Konsequenzen nicht stattfindender Mängelbeseitigungen werden in der QS-VO jedoch nicht erwähnt.

Zusätzlich zu den inhaltlichen Vorgaben verpflichtete die Verordnung alle niedergelassenen Ärzte, alle Selbstevaluierungen bis Ende 2008 bei der ÖQMED einzureichen, und die ÖQMED, die erste Evaluierungsrunde, die Kontrolle der Mängelbehebung und die Übertragung der Daten in ein Qualitätsregister bis Ende 2009 abzuschließen.

Die von der ÖQMED ausgearbeiteten Evaluierungs-Fragebögen wurden wie auch das Verfahren insgesamt bereits von mehreren Seiten kritisiert.⁴ Die Hauptkritik konzentriert sich auf die Art der Fragestellung bezüglich der tatsächlichen Qualitätsarbeit als bewertbaren und fortwährenden Prozess in Praxen. Die rein dichotomen Antwortmöglichkeiten (ja/nein) lassen weder Rückschlüsse auf Qualitätsentwicklung zu noch ist eine Messung der Qualitäts-Zielerreichung möglich. Zudem gibt das Verfahren zu wenig Hilfestellung, verzichtet weitgehend auf Fremdbewertung im Anschluss an die Selbstbewertung und ist nicht in ein kontinuierliches Qualitätsmanagement eingebunden, fokussiert stark auf Strukturqualität und verzichtet auf den Einsatz von Qualitätsindikatoren.

Mit dem ärztlichen Qualitätsbericht 2009 wurden die Ergebnisse der erstmaligen Evaluierung der niedergelassenen Ärzte in Österreich veröffentlicht. Insgesamt wurden 17.833 Ordinationen mit einem Zertifikat ausgestattet, welches die Erfüllung der in der Evaluierung festgelegten Qualitätsstandards ohne Mängel oder durch Mängelbehebung bestätigt. 15 Ärzte wurden beim Disziplinaranwalt der Österreichischen Ärztekammer angezeigt, wobei jedoch 1.207 Ordinationen geschlossen wurden, bevor die Evaluierungsphase beendet werden konnte.^{5,6} Bei 1335 Ordinationen sind Mängel (durch Selbstevaluierung und/oder Praxisbesuche) festgestellt worden, die sich über die Bundesländer relativ einheitlich verteilen.⁷ Im Gegensatz dazu lassen sich markante Unterschiede zwischen den ärztlichen Fachgebieten ausmachen. Während bei 4 Prozent der HNO-Ärzeschaft und 6 Prozent der Allgemeinmediziner Mängel im Laufe des Evaluationsprozesses auftraten, waren es 20 Prozent bei Neurologen und 19 Prozent bei Psychiatern.^{8,9} Bezogen auf den Gegenstand des Mangels identifizierte die ÖQMED folgende fünf Bereiche mit den häufigsten Qualitätsdefiziten: medizinische Ordinationsausstattung (1119 Fälle), Medikamentenkühlschrank (374 Fälle), Sterilisations- bzw. Desinfektionsmöglichkeit (328 Fälle), Kennzeichnung der Ordination (247 Fälle), Ordinationseinrichtung (181 Fälle). Genauere Informationen etwa zur Art des Mangels oder zu dessen Schweregrad finden hingegen nicht Eingang in den Bericht. Dem Report der ÖQMED folgend, wurden in der zweiten Evaluierungsphase 1055 Ordinationsbesuche, per Zufallsauswahl, durch sogenannte „Qualitätssicherungsbeauftragte“¹⁰ durchgeführt, die im Auftrag der ÖQMED die Angaben der

3 Nach § 10 Abs. 2 QS-VO 2006 obliegt die Auswahl der Stichprobengröße – nach Befassung des wissenschaftlichen Beirats in dieser Frage – der ÖQMED. Laut Qualitätsbericht der ÖQMED (2009: 41) wurden 1055 Ordinationen besucht.

4 Vgl. u.a. Cypionka T., Riedel M., Röhrling G. (2006b): op. cit., S. 4 ff; Qualitas (2009): News. Qualität & Co: ÖQMED nebelt weiter. Qualitas, 2, S. 22; Qualitas (2009): Erster Qualitätsbericht der ÖQMED: Dr. Gerald Bachinger im QUALITAS-Interview. Qualitas, 4, S. 14 f.

5 ÖQMED (2009): Ärztlicher Qualitätsbericht 2009. Ordinationsevaluierungen gemäß § 118a ff Ärztegesetz. Initiativen zur ärztlichen Qualitätsarbeit, S. 14, online unter: http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB_OEQMed_Bericht.pdf

6 Der ÖQMED sind, laut eigenen Angaben, die Gründe für die Schließungen nur in 199 der 1.207 Fälle bekannt, welche durch Standortwechsel, Pensionierungen oder Tod des Arztes verursacht wurden (vgl. ÖQMED (2009): op. cit., S. 14). Aus einem publiziertem Schreiben der Geschäftsführung der ÖQMED geht hervor, dass ein Großteil der Schließungen nichts mit dem Evaluierungsprozess der ÖQMED zu tun hat (vgl. Schaffler R. (2009): Vielleicht können Sie mir aber interpretieren helfen!? Qualitas, 1, S. 34 ff).

7 Die Ordinationen mit Mängelvorkommen machen in allen Bundesländern zwischen 6 und 9 Prozent der Gesamtzahl aus (ÖQMED (2009): op. cit., S. 16).

8 Einige Fachgruppen hatten auch höhere bzw. niedrigere Mangelquoten. Die Gesamtzahl der Ärzte in diesen Fachbereichen ist jedoch in den meisten Fällen so niedrig, dass Interpretationen der Mangelhäufigkeiten unzulänglich wären (vgl. ÖQMED (2009): op. cit., S. 16).

9 Die Schlussfolgerung, dass Neurologie- und Psychiatriepraxen im Allgemeinen einen schlechten Qualitätsstandard aufweisen, wäre hier verfehlt. Erstens, sind die konkreten Mängel unbekannt und damit auch der Schweregrad des Mangels und zweitens, haben etwa Neurologie-Praxen sehr hohe Mangelanteile die Ordinationsausstattung betreffend, die beispielsweise etwa durch die Absenz eines Spezialgerätes erklärt werden könnten. Die ÖQMED selbst, sieht ihre Aufgabe in der reinen Darstellung der Evaluationsergebnisse und nicht in der Erklärung oder Interpretation dieser (Auskunft Geschäftsführung ÖQMED, vom 28.4.2011).

10 Qualitätssicherungsbeauftragte sind Ärzte, die eine mindestens fünfjährige hauptberufliche Arztstätigkeit (Schwerpunkt Praxis) und Kenntnisse u. a. im Qualitätsmanagement vorweisen können (ÖÄK (2005): Qualifikation des/der ärztlichen Qualitätssicherungsbeauftragten („Verifikator“/„Verifikatorin“) im Sinne von § 4 Z 12 QS-VO 2006. Vorstandsbeschluss 13.4.2005).





Selbstevaluierungen überprüfen.¹¹ Ferner enthält der Qualitätsbericht Angaben zu weiteren Aktivitäten der ÖQMED, wie u. a. einer Erhebung der Zufriedenheit überprüfter Ärzte in Wien und Oberösterreich mit der ÖQMED¹² oder der fortdauernden Befragung von Patienten über ihre Zufriedenheit mit ihrem behandelnden Arzt¹³ und anderer qualitätsbezogener Projekte der ÖÄK oder der Länderkammern.

Laut § 118c Abs. 1 ÄrzteG 1998 ist (zumindest) alle fünf Jahre eine neue QS-VO durch die ÖÄK zu verabschieden, wobei die Weiterentwicklung der Inhalte gemäß einer „State-of-the-Art“-Qualitätsarbeit vorgenommen werden soll (vgl. § 118c Abs. 3 und § 49). Demzufolge hätte eine neue Verordnung bereits im Februar dieses Jahres (2011) erfolgen sollen.¹⁴ Derzeit (Mai 2011) befindet sich die QS-VO (2011) in Begutachtung und wird, Informationen der ÖQMED zur Folge, mehrere inhaltliche Veränderungen zur Qualitätssicherungs-Verordnung 2006 aufweisen.¹⁵ Unserem Wissen nach wurden bereits Stellungnahmen einiger österreichischer Institutionen (z. B. Wirtschaftskammer, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) zur derzeit vorliegenden QS-VO abgegeben, die sich kritisch mit einigen Punkten der neuen Verordnung auseinandersetzen. Es sind jedoch nur manche davon publiziert.

In der 14. Novelle des Ärztegesetzes 1998 wurden Veränderungen der ÖQMED-Unternehmensstruktur festgelegt (BGBl. I Nr. 61/2010). Neben der Erweiterung der vertretenen Stakeholder im bereits existenten wissenschaftlichen Beirat wurde die Errichtung eines weiteren Beratungsorgans – des Evaluierungsbeirats – gesetzlich beschlossen. Innerhalb der ÖQMED hat der wissenschaftliche Beirat insbesondere die Aufgabe, Empfehlungen für die inhaltliche Gestaltung der Qualitätskriterien bei der Erbringung ärztlicher Leistungen zu formulieren, die in die QS-VO der ÖÄK einfließen sollen.¹⁶ Bis 2010 wurde der wissenschaftliche Beirat paritätisch durch die ÖÄK und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) besetzt. Seit der Novelle sind u. a. Vertreter des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen (BIGQ) in diesem Beratungsorgan gesetzlich vorgesehen.¹⁷ Der neu einzurichtende Evaluierungsbeirat hat die ÖQMED in der Planung und Durchführung der Evaluierung und Kontrolle zu unterstützen. Weiters sind für jedes Bundesland Evaluierungsausschüsse vorgesehen, die individuelle Evaluierungen überprüfen.¹⁸ Die Besetzung des Evaluierungsbeirats soll ähnlich wie beim wissenschaftlichen Beirat durch Ärzte-, Sozialversicherungs-, Gesundheitsministeriums-, Patienteninteressenvertreter- und Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH erfolgen. Bereits für die Unterstützung der Umsetzung der QS-VO (2006) wurde ein Evaluierungsbeirat installiert, der allerdings ausschließlich aus Mitgliedern der Landesärztekammern und der ärztlichen Bundeskurien bestand.¹⁹ Dieser wird durch den gesetzlich reglementierten Evaluierungsbeirat²⁰ ersetzt, wobei sich der neue Beirat aktuell noch nicht konstituiert hat.²¹

Im Rahmen einer Studie der London School of Economics (LSE) über das österreichische Qualitätssystem²² wurden Stakeholder und Qualitätsexperten zur Bedeutung von Qualität in Arztpraxen und zu ihrer Beurteilung der Qualitätsaktivitäten der ÖQMED befragt.

Alle Befragten befanden Qualität in den Ordinationen als überaus wichtige Thematik, bewerten jedoch – bis auf die interviewten Ärzte – die Qualitätsbemühungen in den Praxen als wenig ambitioniert. Vor allem die interviewten Qualitätsexperten stellten fest, dass das Wissen, die Erfahrungen und die Einstellungen zu Qualitätsarbeit in der österreichischen niedergelassenen Ärzteschaft stark variieren.²³ Die Qualitätsaktivitäten der ÖQMED wurden von einigen Stakeholder und Experten kritisch betrach-

11 Ob die ÖQMED Ordinationsüberprüfungen aufgrund von gemeldeten oder vermuteten Mängeln überhaupt durchgeführte oder diese bereits in den 1055 Ordinationsvisitationen inkludiert sind, verbleibt unerwähnt.

12 131 teilnehmende Ärzte; vgl. ÖQMED (2009): op. cit., S. 44 ff.

13 Bis Februar 2009 wurden 17.563 Patienten in 268 Praxen befragt; vgl. ÖQMED (2009): op. cit., S. 50.

14 Vgl. Österreichische Ärztezeitung (ÖÄZ) (2010): 121. Vollversammlung der ÖÄK. Erfolgsbilanz mit Hindernissen. Österreichische Ärztezeitung, 13/14; Qualitas (2010): Pyrrhussieg: Ärztekammer evaluiert die Qualität weiterhin selbst. Qualitas, 4, S. 25.

15 Auskunft Geschäftsführung der ÖQMED vom 28. April 2011.

16 Vgl. § 118b Abs 8 und § 118c Abs 1.

17 Vgl. § 118b Abs. 2.

18 Vgl. § 118d Abs. 1 und Abs. 4.

19 Vgl. <http://www.oeqmed.at/index.php?id=19>

20 Vgl. § 118d

21 Auskunft Geschäftsführung der ÖQMED vom 4. Mai 2011.

22 Ladurner J. (2008): Quality in health care systems – with an emphasis on policy options for Austria: Chapter 2: Austrian part. London School of Economics and Political Science, online unter: http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMMDB134631_02_Chapter%20Quality%20report.pdf

23 Ladurner J. (2008): op. cit., S. 39.





tet. Dabei beurteilten diese die Arbeit der ÖQMED als ungenügend oder nicht dem wissenschaftlichen Standard entsprechend. Ein weiterer Kritikpunkt bezog sich auf die Kriterien, die für einen positiven Evaluierungsabschluss erreicht werden müssen und als zu einfach zu erreichen bewertet wurden. Einige andere Stakeholder und Qualitätsexperten hatten keine Kenntnis über die ÖQMED und ihre Aktivitäten bzw. gaben an, nicht über ausreichend Informationen zu verfügen, um eine Beurteilung vornehmen zu können. Die interviewten Ärzte wiederum betrachteten die Arbeit der ÖQMED als Unterstützung der ärztlichen Qualitätsarbeit, die große Akzeptanz in der Ärzteschaft genießt.²⁴ Abschließend empfiehlt der Bericht eine Evaluation aller in Österreichs Arztpraxen verwendeten QS- und QM-Modelle, inklusive des Verfahrens der ÖQMED. Zusätzlich befürworten die Autoren eine Evaluierung, die Ergebnisqualität umfasst und von einer unabhängigen externen Institution getragen wird.²⁵

Die Ärztekammer für Oberösterreich und das Ärztliche Qualitätszentrum

Abseits der durch ÄrzteG 1998 und QS-VO 2006 rechtlich vorgeschriebenen Qualitätskontrollen sind die Qualitätsmanagementbemühungen der Ärztekammer für Oberösterreich und des ihr angeschlossenen Ärztlichen Qualitätszentrums zu erwähnen. Die QM-Arbeitsbereiche der Ärztekammer für Oberösterreich, selbst seit 2008 zertifiziert nach ISO: 9001 und 2010 ausgezeichnet von der European Foundation for Quality Management (EFQM), umfassen den eigenen Betrieb und die Serviceleistungen, die für die Ärztekammermitglieder durch das Ärztliche Qualitätszentrum erbracht werden. Erklärtes Ziel der QM-Implementierung im Kammerbetrieb ist dabei nicht nur, die eigene Qualität weiterzuentwickeln, sondern auch eine Vorbildwirkung auf die ärztlichen Kammermitglieder auszuüben.²⁶ Das ärztliche Qualitätszentrum versteht sich als Dienstleistungseinrichtung zur Unterstützung von QM- und QS-Aktivitäten der oberösterreichischen Kammermitglieder. So dient das Zentrum einerseits als Anlaufstelle für Fragen und Beratungen zu diesen Themen, andererseits werden aber auch Fortbildungen für die Qualitätsarbeit in den Praxen angeboten.²⁷ Als interessantes zusätzliches Angebot wertet die bereits zitierte Qualitätsstudie der LSE das „Ordinationshandbuch“, welches als Anleitungshilfe zur Verbesserung der Abläufe in einer Ordination geschaffen wurde.²⁸ Die Umsetzung dieses kann wiederum als Basis für die Zertifizierung durch das Europäische Praxisassessment (EPA) dienen, das als sehr „praxisnahes“ Verfahren international eine gute Reputation aufweist.²⁹

QM-Systeme im Einsatz

Im Gegensatz zum stationären Sektor in Österreich, für den verschiedenste Informationen über den Einsatz von QM-Systemen zusammengetragen wurden,³⁰ ist das Ausmaß des Einsatzes von QM-Systemen in Ordinationen nicht bekannt. Zertifizierungen nach der ISO-Norm 9001, welches streng genommen kein QM-System ist, sondern Standards festlegt, die dieses erfüllen muss, dürften in Österreichs Praxen am weitesten verbreitet sein.³¹ Seit 2009 gibt es auch ein speziell auf ärztliche Ordinationen zugeschnittenes Gütezeichen der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität (ÖQA). Für die Zertifizierung mit dem Austria-Gütezeichen für Arztpraxen müssen 50 Qualitätskriterien erfüllt werden, die von gesetzlichen Berufsverpflichtungen bis zur kontinuierlichen Weiterbildung und Qualitätsarbeit reichen und durch externe Begutachtung überprüft werden.³² Zur Zeit ist jedoch erst eine Praxis nach dem Gütezeichen zertifiziert worden, da das Gesundheitsministerium die Zertifizierung durch die ÖQA beeinsprucht hat und die Initiative derzeit von keiner anderen Institution gefördert wird.³³ Das bereits erwähnte Europäische Praxisassessment

24 Ladurner J. (2008): op. cit., S. 42.

25 Merkur S., Mossialos E., Ladurner J., Lear L. (2008): Qualität in Gesundheitssystemen – mit Schwerpunkt auf strategischen Optionen für Österreich. Management Summary. London School of Economics and Political Science, online unter http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB134636_DEUTSCH%20_Zusammenfassung.pdf, S. 58.

26 Schaffler (2010): Gallisches Dorf mit Folgewirkung fürs Imperium? Über QM-Aktivitäten der Ärztekammer für Oberösterreich. Ein Interview. *Qualitas*, 4, S. 8 f.

27 www.aerztliches-qualitaetszentrum.at

28 Ladurner J. (2008): op. cit., S. 106.

29 Vgl. Cypionka T., Riedel M., Röhring G. (2006a): Europa in Bewegung. Qualität im niedergelassenen Bereich. *Health System Watch I/2006*, online unter: http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw06_1d.pdf; Cypionka T., Riedel M., Röhring G. (2006 b): op. cit..

30 Ladurner J. (2008): op. cit., 91 ff.

31 Vgl. www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Qualitaetskontrolle_der_Praxen_HK.html, Stand: 24.März 2011.

32 Vgl. [www.qualityaustria.com/index.php?id=536&no_cache=1&tx_ttnews\[pointer\]=14&tx_ttnews\[tt_news\]=550&tx_ttnews\[backPid\]=535&cHash=396f9cda8d](http://www.qualityaustria.com/index.php?id=536&no_cache=1&tx_ttnews[pointer]=14&tx_ttnews[tt_news]=550&tx_ttnews[backPid]=535&cHash=396f9cda8d), Stand: 25.März.2011.

33 Auskunft der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität vom 14. April 2011.





(EPA) ist ein weiteres QM-System für Ordinationen, das seit 2009 österreichweit vom ärztlichen Qualitätszentrum durchgeführt wird.³⁴ Aktuell haben 23 Ordinationen die EPA-Evaluierung abgeschlossen, während weitere 9 Praxen das Verfahren gerade durchlaufen.³⁵ Darüber hinaus plant die ÖQ-MED die Veröffentlichung eines eigenen QM-Systems bis Ende Mai 2011.³⁶

Für alle genannten QM-Systeme (inkl. ISO 9001) gilt, dass Selbst- und Fremddassessments für eine Zertifizierung notwendig sind, kontinuierliche Qualitätsarbeit geleistet wird und sie auf Freiwilligkeit basieren. Im österreichischen verpflichtenden System vermissen wir diese Einbettung. Der einzelne Arzt benötigt in seiner Qualitätsarbeit Unterstützung. Das bloße Erfassen von Mängeln ist, selbst wenn richtig durchgeführt, nur ein erster Schritt.

Jenseits der Grenzen

Es gab in den letzten Jahren nicht nur in Österreich, sondern auch im europäischen Ausland einige Reformen im Gesundheitsbereich, die sich mit dem Thema Qualität beschäftigen. In Bezug auf die Qualitätssicherung in Praxen lassen sich in Europa sehr unterschiedliche Ansätze erkennen. Dies hängt mitunter auch mit den länderspezifischen Strukturen der Gesundheitsversorgung sowie den unterschiedlichen Traditionen bezüglich des ärztlichen Berufs und der unterschiedlichen Machtverteilung der einzelnen Stakeholder zusammen. Nach den ersten Erfahrungen mit nationalen Programmen zur Qualitätssicherung lassen sich nun bereits einige Entwicklungen und Adaptionen erkennen, die ansatzweise auch Aufschluss über die Etablierung der verschiedenen Maßnahmen und Strategien geben können. Auf Grundlage der ausgewählten Länderbeispiele, die bereits im HSW II/2006 vorgestellt wurden, soll nun der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern sich die dort erfassten Ansätze zur externen Qualitätssicherung seit ihrer Einführung verändert haben.

Die Situation in Deutschland

In Deutschland war lange Zeit die Ärzteschaft selbst federführend bei der Entwicklung und Etablierung der Qualitätsarbeit in Praxen, nachdem der Gesetzgeber schon 1989 den Paragraphen 135a im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankerte, wonach die Ärzte zur Qualitätssicherung verpflichtet wurden. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) als gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung arbeitet seit 1995 an der Einführung von Qualitätsmanagement und Leitlinien für die deutsche Ärzteschaft. Jedoch wurden diese Agenden im Zuge der Gesundheitsreform 2004 (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG 2004)) auf eine breitere Basis gestellt. Seither ist der Gemeinsame Bundesausschuss³⁷ (G-BA), ein gemeinsames Gremium der Leistungserbringer und Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen (§ 92 SGB V), der wichtigste Player in der Qualitätsarbeit. Der Bundesausschuss setzt sich aus Vertretern der Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser sowie der Krankenkassen zusammen. Gemeinsam mit weiteren neutralen Mitgliedern und Mitgliedern aus Patientenvertretungen werden Vorgaben zur medizinischen Versorgung erarbeitet. Zur objektiven Überprüfung von Vor- und Nachteilen medizinischer Leistungen für Patienten wird vom G-BA und dem Bundesgesundheitsministerium seit 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt. Das GMG 2004 war in Hinblick auf Qualitätsarbeit insofern eine entscheidende Novelle des Sozialgesetzbuches V, als dass durch § 135a niedergelassenen Ärzten seither dazu verpflichtet sind, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit der genauen Ausgestaltung der Bestimmungen hat der Gesetzgeber den G-BA betraut. Aufgrund des GMG 2004 wurde auch der § 95d in das SGB V eingefügt, nach dem Ärzte zur Fortbildung verpflichtet werden. Innerhalb von fünf Jahren müssen gegenüber den KV entsprechende Weiterbildungen nachgewiesen werden, andernfalls kommt es zu einer Honorarreduktion in Höhe von 10 Prozent innerhalb der ersten vier Quartale, und in Höhe von 25 Prozent ab den darauf folgenden Quartalen. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, wird von den KV gegenüber dem Zulassungsausschuss ein Antrag auf Entziehung der Zulassung gestellt.³⁸

34 www.europaeisches-praxisassessment.at/epa-aktuell/epa-start-in-oesterreich.html, Stand: 24. März 2011.

35 Auskunft des Ärztlichen Qualitätszentrums vom 15. April 2011.

36 Auskunft Geschäftsführung der ÖQMED vom 13.5.2011.

37 www.g-ba.de

38 Für den genauen Gesetzestext siehe <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/95d.html>

Jenseits der Grenzen





Am 1. Jänner 2006 ist vom G-BA die „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ vom 18. Oktober 2005 in Kraft getreten.³⁹ Neben der verpflichtenden Einführung eines QM-Systems wurde in dieser Richtlinie auch festgehalten, dass sich der Umfang von QM-Maßnahmen am Maßstab der Praxen orientieren muss, auch waren darin die Elemente des QM sowie ein detaillierter Zeitplan angeführt, der eine insgesamt vierjährige Planungs- und Umsetzungsphase sowie nachfolgend jährlich stattfindende Selbstbewertungen vorsah. Nach einer stichprobenartigen Erhebung der KV im Jahr 2007 (ein Jahr nach Inkrafttreten der QM-Richtlinie) zeigte sich, dass bereits 45 Prozent der Praxen mit der konkreten Umsetzung von QM begonnen hatten, rund 25 Prozent der Befragten befanden sich in der geforderten Planungsphase, 15 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten waren sogar schon in der Phase der Selbstevaluierung. Lediglich 6 Prozent hatten noch nicht mit der Einführung begonnen, 10 Prozent machten keine Angabe.⁴⁰ Dabei sind folgende Instrumente zu nutzen (§ 4):

- a) Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen
- b) Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen
- c) Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen
- d) Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten
- e) Beschwerdemanagement
- f) Organigramm, Checklisten
- g) Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen
- h) Notfallmanagement
- i) Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung
- j) Qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere
 - aa) Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahme
 - bb) Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen

Laut § 9 der 2006 in Kraft getretenen Qualitätsmanagement-Richtlinie zur vertragsärztlichen Versorgung ist nach fünf Jahren eine Evaluation vorgesehen,⁴¹ im Zuge derer auch die Erfolge von QM beurteilt und bestimmte QM-Systeme akkreditiert werden sollen. Auch Sanktionen sollen zu diesem Zeitpunkt genauer festgelegt werden. Ergebnisse liegen allerdings noch nicht vor.

Um die Praxen bei der Einführung von QM zu unterstützen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Modell QEP⁴² erarbeitet, welches kürzlich in einer verbesserten Neufassung (QEP 2010) präsentiert wurde. Es besteht aus dem Qualitätsziel-Katalog, einem QEP-Manual mit Umsetzungsvorschlägen, einem QEP-Einführungseminar sowie ergänzenden Tools (wie z. B. Qualitätszirkel-Schemata) und Unterstützungsangeboten. In QEP 2010 werden insgesamt 144 Qualitätsziele aufgelistet, für deren Operationalisierung 270 unterschiedliche Indikatoren bzw. Nachweise genannt werden. Die Ziele gliedern sich in 18 Bereiche und 5 Kapitel (1. Patientenversorgung, 2. Patientenrechte und Patientensicherheit, 3. Mitarbeiter und Fortbildung, 4. Führung und Organisation, 5. Qualitätsentwicklung).⁴³

Mit dem Ziel, einen validen und transparenten Satz von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung zu etablieren, wurde vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ende 2006 das Projekt „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ initiiert.⁴⁴ Die 48 im Zuge des Projekts entstandenen Qualitätsindikatoren flossen in die oben genannte, neue Version des QEP-Qualitätsziel-Katalogs ein. Beispielsweise wäre ein Qualitätsindikator für die Erstverschreibung bei ADHS der Anteil der Patienten, bei denen 30 Tage nach der Erstverschreibung einer ADHS-Medikation eine Wiedervorstellung stattfand.⁴⁵

39 Der Text der Richtlinie und eine ausführliche Begründung des G-BA finden sich unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf, Stand: 04.03.2011.

40 Siehe Pressemitteilung der KBV vom 9.10.2008, online unter <http://www.kbv.de/presse/13452.html>

41 Siehe http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf

42 QEP: „Qualität und Entwicklung in Praxen“, s. Czypionka T., Riedel M., Röhrling G. (2006a): op. cit., sowie <http://www.kbv.de/qs/qualitaetsmanagement.html>.

43 Siehe PPP „QEP 2010: kurze Vorstellung“ auf <http://www.kbv.de/qep/14388.html>, Stand: 16.3.2011.

44 <http://www.kbv.de/themen/aquik.html>

45 Siehe PPP „QEP 2010: AQUIK in QEP“ auf <http://www.kbv.de/qep/14388.html>, Stand: 16.3.2011.





2007 sind die Regelungen zur Qualitätssicherung nach SGB V im Zuge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) erneut umgestaltet worden. Der vormals nur auf Krankenhäuser beschränkte § 137 SGB V⁴⁶, der verschiedene Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung beinhaltet (wie etwa Fortbildungspflichten, Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen, verpflichtende Erstellung von Qualitätsberichten) findet nun auch auf die vertragsärztliche Versorgung Anwendung, wodurch es zu einer Vereinheitlichung der Vorgaben für die unterschiedlichen Versorgungssektoren kommen soll. Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert die Einzelheiten zu den spezifischen Regelungen in seinen Richtlinien, die KV setzen die Qualitätsmaßnahmen entsprechend um.⁴⁷

Nach § 136 und § 92 kann der G-BA auch für verschiedene ärztliche Leistungen Qualitätskriterien inklusive Qualitätsindikatoren verbindlich festlegen. So wurde von ihm auch ein bundeseinheitliches Prüfverfahren entworfen: Bei jährlich vier Prozent der die jeweilige Leistung verrechnenden Ärzte wird anhand der Dokumentation von zwölf ausgewählten Patienten die Einhaltung der Qualitätskriterien beurteilt. Je nach Grad der Beanstandung können Gespräche, Nachschulungen und im Extremfall der Entzug der Kassenzulassung die Folge sein.⁴⁸

Vor Inkrafttreten der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung gemäß § 136 Abs. 2 SGB V am 1. Januar 2007⁴⁹ erfolgten die stichprobenartigen Prüfungen nach regional vereinbarten Kriterien, wodurch Beurteilungsschemata sowie Zahl und Umfang der Ergebniskategorien sehr unterschiedlich waren. Mit der genannten Richtlinie wurde nun jedoch ein Mindestumfang an Prüfungen festgelegt und es wurden vier Ergebniskategorien vorgegeben. Ebenso wurden für die Beurteilung der zwölf zu prüfenden Dokumentationen auf Initiative der KBV und der KV, einheitliche Bewertungsschemata für die Bereiche Kernspintomographie und konventionelle Röntgendiagnostik/Computertomographie entwickelt, welche für die Gesamtbewertung auch eine Gewichtung nach den maßgeblichen Kriterien vorsehen. Neu in Kraft getreten sind 2010 Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Arthroskopie (am 3. März 2010) und Radiologie (am 09.10.2010). Aktuell werden Beurteilungsschemata für weitere Bereiche geplant.⁵⁰

Auch eine Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und trat am 02.12.2010 nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr 13 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) in Kraft. Durch diese Richtlinie wird erstmals die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung gemeinsam möglich, wodurch die Aussagekraft von Qualitätsvergleichen erhöht wird. Die Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erforderlich sind und geht dabei von einem qualitätsfördernden und unterstützenden Ansatz aus.

Bei Auffälligkeiten wird zunächst ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt, qualitätsfördernde Maßnahmen wie zum Beispiel die Teilnahme an Qualitätszirkeln, die Implementierung von Behandlungspfaden oder an Leitlinien orientierte Handlungsempfehlungen können folgen. Die Einführung und Umsetzung der ersten sektorenübergreifenden und datengestützten Qualitätssicherung ist für das Jahr 2012 geplant.⁵¹ Dabei wird der G-BA vom AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH⁵² unterstützt, welches seit 2010 in die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung involviert ist und per gesetzlichen Auftrag nach § 137a SGB V bestellt wurde.⁵³ Als fachlich unabhängige Institution wurde es damit beauftragt, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität zu entwickeln. Die Messung und Darstellung der Qualität in Krankenhäusern hat das Institut von der BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) mit Anfang 2010 übernommen.⁵⁴ Auf der von ihm errichteten Internetplattform finden sich sämtliche In-

46 Für den genauen Gesetzestext siehe <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/137.html>

47 Siehe Information auf Website der Ärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.123>, Stand: 16.03.2011.

49 Pressemitteilung des GBA: http://www.g-ba.de/downloads/34-215-84/2006-04-18-RL_Qualitaetspruefung.pdf, Stand: 16.03.2011.

49 Siehe Bericht der KBV: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2810/2010-01-29_Qualitaetspruefung_KBV-Bericht.pdf oder Richtlinie vom 18.4.2006: http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_qpruef.pdf.

50 Siehe KBV-Qualitätsbericht, Ausgabe 2010, online unter <http://www.kbv.de/themen/6793.html>

51 Siehe KBV-Qualitätsbericht Ausgabe 2010, online unter <http://www.kbv.de/themen/6793.html>

52 <http://www.aqua-institut.de>.

53 Siehe Information auf Website der Ärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.123>, Stand: 04.03.2011.

54 <http://www.aqua-institut.de/de/projekte/projektueberblick/index.html>, Stand: 04.03.2011.





formationen, Daten und Ergebnisse zur Qualitätssicherung nach § 137a SGB V und zur sektorenübergreifenden Qualität im Gesundheitswesen.⁵⁵

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat aufgrund des Paragraphen 75 Abs 7 SGB V ebenfalls Qualitätssicherungsrichtlinien erlassen. Sie definieren die Einrichtung zur Qualitätssicherung in den KV sowie Maßnahmen wie Qualitätszirkel zur freiwilligen Qualitätsarbeit, Ringversuche, Kolloquien und Qualitätsprüfungen im Einzelfall. Qualitätsprüfungen im Einzelfall sind durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) durchgeführte, stichprobenartige Prüfungen einzelner Leistungen, besonders aber derer, die unter Qualitätsvorbehalt stehen. Die Überprüfung erfolgt durch Qualitätssicherungskommissionen aufgrund von Dokumentation und Befunden. Geben diese Anlass zu Zweifeln, kann eine Visitation vorgeschrieben werden. Für bestimmte Leistungen kann auch eine spezifische Rezertifizierung erforderlich sein, also z. B. der wiederholte Nachweis von hinreichend vielen Behandlungsfällen oder Weiterbildungen. Eine neue Entwicklung in Sachen Qualitätssicherung ist die Einführung einer internetgestützten Arztbibliothek, welche Mitte 2009 auf Initiative der KBV online gegangen ist und evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung stellt.⁵⁶

Die Situation in Frankreich

Seit 2005 ist in Frankreich die Haute Autorité de Santé (HAS),⁵⁷ mit der externen Qualitätssicherung befasst. Sie ist eine eigenständige Agentur unter der Generaldirektion Gesundheit des Ministère de Santé et des Solidarités (Gesundheits- und Sozialministerium) und wurde auf Basis des Gesetzes N°2004-810 am 13. August 2004⁵⁸ gegründet. Sie bewertet medizinische Maßnahmen und Produkte, führt eine Akkreditierung aller medizinischer Einrichtungen durch und operiert dabei weitgehend unabhängig auf der Basis der Verordnung N°2004-1139 vom 26. Oktober 2004. Die Form der Akkreditierung in Frankreich ähnelt dem traditionellen System der amerikanischen Joint Commission, das bereits im HSW I/2006 vorgestellt wurde. Es unterscheidet sich jedoch dadurch, dass die HAS als durchführende Institution eine öffentlich-rechtliche, grundsätzlich unabhängige Institution ist.⁵⁹ Von 1999 bis Ende 2004 hat die Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANAES) die Qualitätssicherungsaufgaben wahrgenommen. Die Gründung von ANAES wurde bereits mit dem Reformgesetz N°96-346 vom 24. April 1996 beschlossen, in dem auch der Grundstein für die Akkreditierung von Gesundheitseinrichtungen gelegt wurde. Davor (bis 1999) erstellte ein multidisziplinäres Team ein Akkreditierungsmanual, auf dessen Basis die ersten Überprüfungen stattfanden. Im Manual ist ein detaillierter Katalog von Standards enthalten, deren Einhaltung und Umsetzung zu überprüfen ist. 2003 erschien eine zweite Version, welche die Grundlage für alle Akkreditierungen ab 2004 darstellte. 2009 wurde von der HAS eine verbesserte Version des Akkreditierungs-Manuals für den dritten Akkreditierungs-Zyklus 2010 veröffentlicht.⁶⁰ Neben der Überarbeitung des Akkreditierungsmanuals wurde für den dritten Akkreditierungs-Zyklus auch der vorbereitende Führer „Préparer et conduire votre démarche de certification“ veröffentlicht. Laut Angaben im zuletzt verfügbaren Jahresbericht, konnten mit Ende 2009 im zweiten Akkreditierungs-Zyklus (V2) 685 Gesundheitseinrichtungen akkreditiert werden.⁶¹

Für 2010 stand für die HAS neben Updates zu speziellen Themen im Akkreditierungs-Manual und in den Inspektionsmethoden unter anderem auch die Einführung des „International Society for Quality in Healthcare“ (ISQUA) – Akkreditierungssystems für die Zertifizierung für Gesundheitseinrichtungen, sowie die Einführung der WHO Check-Liste für chirurgische Sicherheit auf dem Programm.⁶² ISQUA ist eine Agentur zur Qualitätsverbesserung in Gesundheitseinrichtungen mit derzeitigem Sitz in Irland, die auf Initiative der WHO gegründet wurde. Seit 1999 führt sie ein internationales Akkreditierungsprogramm (IAP) durch, im Rahmen dessen „Standards standardisiert“ und Zertifizierungsorganisationen zertifiziert werden.⁶³ Als freiwillige Maßnahme bzw. im Rahmen von Continuing

55 www.SQG.de.

56 Siehe KBV-Qualitätsbericht Ausgabe 2010, online unter: <http://www.kbv.de/themen/6793.html>

57 www.anaes.fr

58 Gesetzestexte können auf der Seite www.legifrance.gouv.fr nachgelesen werden.

59 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5443/english?cid=c_5443

60 Siehe Kurzfassung des HAS-Jahresberichts 2009 in Englisch, online unter: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/annual-report-2009-summary.pdf>

61 Siehe Kurzfassung des HAS-Jahresberichts 2009 in Englisch, online unter: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/annual-report-2009-summary_2010-10-06_09-13-7_551.pdf

62 Siehe HAS-Programm 2010, online unter http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-08/has_programme_activities_2010_v2010_06_30.pdf

63 <http://www.isqua.org/accreditations.htm>





Professional Development (CPD) der Gesundheitseinrichtungen können sich Ärzte, die in besonders riskanten Bereichen in privaten oder öffentlichen Einrichtungen praktizieren, von HAS zertifizieren lassen. Dies erfolgt hauptsächlich auf Basis von Dokumentation und Analyse der erfolgten Behandlungen und der Risikoereignisse; die Anzahl und Schwere von Behandlungsfehlern soll dadurch reduziert werden. Seit April 2009 ist es in Frankreich auch möglich, die Zertifikate der Ärzte online einzusehen. Laut Angaben im zuletzt verfügbaren Jahresbericht haben sich mit Ende 2009 8.900 Ärzte für eine Zertifizierung beworben, 4.498 haben diese erworben.⁶⁴

Das Projekt EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) startete im Jahre 2003 in vier französischen Regionen und auf freiwilliger Basis bei niedergelassenen Ärzten. Dabei handelt es sich um eine Form von Audit, die, zuzüglich zu einer Selbstbewertung der Praxisinhaber, mit Hilfe von zu Evaluatoren ausgebildeten Ärzten durchgeführt wird. Das HAS arbeitete dabei mit den regionalen Vertretungen der niedergelassenen Ärzte (Unions Régionales des Médecins Libéraux, URML) zusammen und führte zunächst nur in einer Auswahl von Praxen Audits durch. Im Jahr 2004 wurde das Verfahren dann verpflichtend für ganz Frankreich eingeführt. Um die gestiegene Überprüfungslast zu bewältigen, akkreditierte die HAS weitere Institutionen, die EPPs durchführen können. Auf Basis von Benchmarks, die von der HAS mithilfe des Conseil National de la Formation Médicale Continue (der ärztlichen Weiterbildungsorganisation, CNFMC) und anderen ärztlichen Organisationen erarbeitet wurden, spricht der Evaluator Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung aus, für deren Umsetzung weitere Audits folgen können. Nach zufriedenstellendem Ergebnis und Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Weiterbildungen (250 Punkte müssen innerhalb von fünf Jahren gesammelt werden)⁶⁵, stellt der Evaluator oder die akkreditierte Organisation ein Zertifikat aus, welches sodann an die CNFMC und den CDOM, den Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (ähnlich den Ärztekammern), ergeht und die Grundlage für die Rezertifizierung bildet. Die Rezertifizierung soll den Arzt 5 Jahre lang zur eigenständigen Berufsausübung berechtigen, ohne sie droht der Berechtigungsentzug.

Die EPP wurde mittlerweile mit dem CPD verbunden und wie bisher flächendeckend durchgeführt. Von der HAS werden in einer aktuellen Übersicht zum Verfahren jedoch folgende Charakteristika hervorgehoben:⁶⁶ Die Themen für die Evaluation werden entsprechend der Häufigkeit des Vorkommens, der Schwere und der Verbesserungspotentiale von den Praxen selbst gewählt. Es werden Qualitätsziele basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen gewählt und ein entsprechender Aktionsplan mit zeitlich festgelegten Meilensteinen für die Umsetzung erstellt sowie Fortschritte kontrolliert. Das EPP-Verfahren sollte nach seiner verpflichtenden Einführung 2004 zum ersten Mal nach fünf Jahren, also 2009, abgeschlossen sein.

Durch das HPST-Gesetz⁶⁷, welches am 21. Juli 2009 erlassen wurde und am 1. Jänner 2013 in Kraft tritt, kommt es zu einigen Reformen im Spitals- und Gesundheitswesen. Im Zuge von Artikel 59 des HPST wurden Praxen unter dem neuen Schlagwort CPD (Continuing Professional Development) zu fortlaufender Qualitätsentwicklung verpflichtet. EPP wurde nun zu einem Teil dieses umfassenden Ansatzes. Neben der Bewertung der medizinischen Praxis wurden in der neuen Gesetzgebung auch weitere Ziele formuliert, so etwa Wissensentwicklung („le perfectionnement des connaissances“), Verbesserung von Qualität und Sicherheit in der Versorgung („l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins“), Berücksichtigung der gesetzten Prioritäten für das öffentliche Gesundheitswesen sowie medizinische Kosten/Nutzen-Kontrolle („compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé“).⁶⁸ Die HAS ist für die Validierung von CPD zuständig und wurde darüber hinaus auch damit beauftragt, Evaluationen und Wirkungsanalysen von therapeutischen Ausbildungen durchzuführen und Kooperationsprotokolle zwischen medizinischem Personal zu validieren.⁶⁹

64 Siehe Kurzfassung des HAS-Jahresberichts 2009 in Englisch, online unter: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/annual-report-2009-summary_2010-10-06_09-13-7_551.pdf

65 Julien Mousquès (2006): Compulsory continuing medical education. Health Policy Monitor, 8, online unter: <http://www.hpm.org/survey/fr/a8/1>

66 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/epp_en_es_grand_format.pdf

67 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, online unter: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=34180AD94278ADD961A043914A6653D3.tpdjo05v_2?idArticle=JORFARTI000020879577&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id

68 Siehe Erklärung auf HAS-Website http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_334625/evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp-et-developpement-professionnel-continu-dpc, Stand: 11.3.2011.

69 Siehe englischsprachige Zusammenfassung des HAS-Jahresberichts 2009.





Die Situation im Vereinigten Königreich

Im Vereinigten Königreich sind für die primäre Gesundheitsversorgung (noch!) über 300 lokal organisierte Primary Care Organisations (PCO)⁷⁰ zuständig. Sie sind Teil des staatlichen Gesundheitsdienstes National Health Service (NHS) und umfassen auch die niedergelassenen Ärzte. Entsprechend den Einwohnerzahlen und der Geschwindigkeit, in denen die PCOs neue gesetzliche Strategien umsetzen, erhalten sie vom Department of Health unterschiedlich hohe finanzielle Unterstützung.⁷¹

Bis Ende März 2009 wurden die Leistungen der PCOs von der Healthcare Commission in Form von Rankings, basierend auf Parametern wie Wartezeiten und Präventiv-Erfolgen, bewertet. Seitdem wird die Arbeit der PCOs von einer neuen, unabhängigen und sektorenübergreifenden Institution für Gesundheit und Soziales bewertet, der Care Quality Commission (CQC).⁷² Sie übernimmt gleichzeitig auch die Arbeit der ehemaligen Mental Health Act Commission und der Commission for Social Care Inspection. Durch ein neues Gesetz, das am 1. Oktober 2010 in Kraft getreten ist und auf dem Health and Social Care Act 2008⁷³ beruht, wurden alle Gesundheitsdienstleister bzw. Versorgungsanbieter im Gesundheits- und Sozialbereich in England verpflichtet, grundlegende Qualitäts- und Sicherheitsstandards einzuhalten. Die Care Quality Commission wurde damit betraut, alle öffentlichen und privaten Einrichtungen in diesem Bereich zu registrieren und zu lizenzieren. Die Einhaltung der Standards wird auch nach der Lizenzierung regelmäßig überprüft, bei Nichteinhaltung gibt es eine Reihe von Sanktionsmöglichkeiten, die von Geldstrafen und öffentlichen Warnungen bis zum Entzug der Behandlungsberechtigung reichen.⁷⁴

Die sogenannten „Essential Standards of Quality and Safety“ lassen sich in fünf wesentlichen Punkten zusammenfassen, welche nachfolgend aufgelistet sind. Die Einhaltung der Standards wird über persönliche Visiten, insbesondere aber auch durch Feedback von Patienten kontrolliert und mitbestimmt. Im Gegensatz zu früher soll weniger auf Systeme oder Prozesse abgestellt werden, sondern die tatsächliche, von Patienten wahrgenommene Betreuungsqualität im Mittelpunkt stehen.⁷⁵

1. Involvierung der Patienten in den gesamten Behandlungsprozess
2. Effektive und bedarfsbezogene Behandlung
3. Einhaltung von Hygiene- und Sicherheitsstandards
4. Kompetentes, gut ausgebildetes Personal
5. Laufende Qualitätssicherung und Beschwerdemanagement

Neben der Lizenzierung arbeitet die Care Quality Commission unter Miteinbeziehung anderer Stakeholder auch noch an weiteren Strategien zur Qualitätsverbesserung, etwa durch Veröffentlichung von Praxisbewertungen, Studien und Patientenbefragungen.⁷⁶ Durch die Umstrukturierungen aufgrund des neu in Kraft getretenen Gesetzes wird aktuell auch das Online-Verzeichnis der PCOs (Care Directory), in dem bereits früher die Leistungen der verschiedenen niedergelassenen Ärzte einsehbar waren, umgestaltet und an die Neuerungen angepasst. Laut Informationen auf der Homepage der Care Quality Commission soll im Mai 2011 eine neue Version online gehen, die dann auch Bewertungen der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen beinhalten wird.⁷⁷

Falls Probleme oder Schadensfälle bei einem niedergelassenen Arzt auftreten, so werden diese dem National Clinical Assessment Service (NCAS)⁷⁸ gemeldet. Es ist Teil der National Patient Safety Agency (NPSA) und arbeitet mit allen einschlägigen Einrichtungen zusammen. Neben der individuellen Behandlung vorgebrachter Fälle werden auf der Website zahlreiche Informationen und Tools angeboten, die den Umgang mit Beschwerden erleichtern sollen. Ziel ist es, bei möglichen Problemen frühzeitig einen Klärungsprozess zwischen den Beteiligten einzuleiten und Vorschläge für das weitere Vorgehen zu machen.⁷⁹

70 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/annual-report-2009-summary_2010-10-06_09-13-7_551.pdf. PCO ist der Überbegriff. Die Primary Care Organisations haben in den einzelnen Teilen des Vereinigten Königreichs bisweilen unterschiedliche Namen: in England beispielsweise Primary Care Trust (PCT), in Wales Local Health Board usw.

71 <http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Financeandplanning/Allocations/index.htm>

72 Website: <http://www.cqc.org.uk/>

73 http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/Health_and_Social_Care_Act_2008_201011021508.pdf

74 <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/healthregulators/Pages/carequalitycommission.aspx>

75 <http://www.cqc.org.uk/usingcareservices/essentialstandardssofqualityandsafety.cfm>

76 http://www.cqc.org.uk/publications.cfm?fde_id=14170

77 <http://caredirectory.cqc.org.uk/caredirectory/whathaschanged.cfm>, Stand: 17.3.2011.

78 <http://www.ncas.npsa.nhs.uk>

79 <http://www.ncas.npsa.nhs.uk/about-ncas>





Auch die PCOs selbst haben großes Interesse an der lokalen Versorgungsqualität und bewerten die Arbeit der Ärzte. Seit 2002 führen sie jährlich Bewertungen der niedergelassenen Ärzte durch; sogenannte „Annual Appraisals“.⁸⁰ Dabei steht jedoch nicht so sehr die Leistungskontrolle im Vordergrund, sondern es sollen dem Arzt durch einen konstruktiven Dialog Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt werden und ihm dabei geholfen werden, diese zu nutzen. In Zukunft werden die jährlichen Appraisals auch eine wichtige Rolle bei der Rezertifizierung von Ärzten spielen, die es ab 2012 geben soll. Im Appraisal-Prozess wird der Arzt dazu aufgefordert, über das vergangene Jahr zu reflektieren, mittels Fragebogen wird eine Selbstbewertung durchgeführt. Auf der Website des Ministeriums stehen zusätzliche Werkzeuge für den Appraisal-Prozess zur Verfügung.⁸¹ Da die PCO nur über grundsätzliche Daten in Kenntnis gesetzt wird, können Probleme und Defizite von Praxen leichter angesprochen und bearbeitet werden.

Für die Zulassung als Arzt ist im Vereinigten Königreich der General Medical Council (GMC)⁸² zuständig, welcher sich aus gewählten Mitgliedern der registrierten Ärzte sowie Vertretern des NHS und akademischen Mitgliedern zusammensetzt. Der GMC ist seit April 2006 auch zentrale Registrierungsstelle aller praktischen Ärzte. Während eine Registrierung als Arzt bisher – außer bei schweren Verstößen – lebenslanglich gültig war, soll laut einem gemeinsamen Statement des General Medical Councils und der betroffenen Gesundheitsabteilungen von Großbritannien ab 2012 eine Rezertifizierung notwendig sein.⁸³

Lizenzierte Ärzte müssen also fortlaufend beweisen, dass ihre Fähigkeiten und Kenntnisse den aktuellen Standards entsprechen. Für die Implementierung des Rezertifizierungs-Prozesses werden eigene Revalidation Support Teams des NHS eingesetzt, auch gibt es bereits eine eigene Homepage, die den Prozess unterstützen soll.⁸⁴ Der Rezertifizierungsprozess soll durch die bereits bestehenden Appraisals unterstützt werden, dafür wird aktuell auf Grundlage der „Good Medical Practice“ ein Rahmen (GMP Framework) entwickelt und getestet, der in seiner Endversion 2011 veröffentlicht werden soll.⁸⁵

Neben dem GMP Framework werden noch weitere Elemente den Rezertifizierungs-Prozess unterstützen. Ärzte sollen ein Portfolio erstellen, in dem sie gesetzte Qualitätsmaßnahmen dokumentieren und alle für die Rezertifizierung notwendigen Informationen bereitstellen. Weiters sollen sie auch kontinuierlich Feedback von Kollegen und Patienten einholen. Eine Schlüsselrolle werden im neuen Rezertifizierungs-Prozess⁸⁶ Ärzte mit langjähriger Praxiserfahrung sein, die als Responsible Officers rekrutiert werden und den GMC darüber informieren sollen, welche Ärzte eine Rezertifizierung benötigen.⁸⁷ Bereits seit 1998 wurde intensiv an einem System zur Rezertifizierung gearbeitet. 1995 hat der GMC einen Katalog „Good Medical Practice“ (GMP) herausgebracht, der umfassende Richtlinien und Grundsätze enthielt und als Vorstufe für ein mögliches Rezertifizierungsverfahren galt. Der GMP-Katalog wurde dabei wiederholt einem Review-Verfahren unterzogen und an die aktuellen Erfordernisse des NHS angepasst. Die aktuelle Version findet sich auf einer Website des General Medical Councils.⁸⁸

Die Arbeit des Postgraduate Medical Education and Training Board (PMETB), einer unabhängigen Körperschaft, die am 30. September 2005 aufgrund der General and Specialist Medical Practice Order 2003⁸⁹ ihre Arbeit aufnahm und temporär für die gesamte ärztliche postgraduale Fortbildung⁹⁰ zuständig war, wurde am 1. April 2010 vom General Medical Council übernommen. Er hat somit also auch die Verantwortung über Continuing Medical Education (CME).

Auch das Royal College of General Practitioners (RCGP), eine Art Fachgesellschaft für Hausärzte (family doctors), spielt eine wichtige Rolle bei der Qualitätssicherung von Praxen. Neben Weiterbildung und Lizenzierung bietet es seinen Mitgliedern auch Unterstützung bei der Rezertifizierung im

80 Siehe Informationen von Seiten des NHS: <http://www.appraisalsupport.nhs.uk>, Stand: 17.3.2011.

81 Seite des Appraisal-Toolkits: <https://www.appraisals.nhs.uk/menu.html>

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

83 http://www.gmcuk.org/Revalidation_A_Statement_of_Intent_October_2010_Final_version__web_version_.pdf_35982397.pdf_36401645.pdf, Stand: 17.3.2011.

84 <http://www.revalidationsupport.nhs.uk/default.asp>, Stand: 17.3.2011.

85 http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/revalidation_gmp_framework.asp, Stand: 17.3.2011.

86 Nähere Infos über den Revalidierungsprozess gibt es unter <http://www.gmc-uk.org/doctors/7330.asp> oder <http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/5787.asp>

87 <http://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/revalidation.asp>, Stand: 17.3.2011.

88 http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/contents.asp

89 The General and Specialist Medical Practice (Education, Training and Qualifications) Order 2003, online unter: <http://www.opsi.gov.uk/si/si2003/20031250.htm>, Stand: 17.3.2011.

90 Mit Ausnahme des zahnärztlichen Bereichs.





Rahmen von Continuing professional and personal development.⁹¹ Weiters vergibt das RCGP auch den Quality Practice Award, ein Qualitätssiegel, das für jeweils fünf Jahre verliehen wird.⁹² Der NHS-Plan 2000 führte auch die qualitätsabhängige Vergütung von Ärzten ein. Durch eine jährlich stattfindende Bewertung im Rahmen des Quality and Outcomes Framework (QOF), der sich Praxen freiwillig unterziehen können, ist es nach wie vor möglich, Pluspunkte zu sammeln, die sich dann in höheren Bezügen auswirken können.⁹³ Das Quality and Outcomes Framework, welches vom NHS Commissioning Board gemeinsam mit dem National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) entwickelt wurde, soll auch laut neuestem Papier „Liberating the NHS“ weiterhin als Grundlage für finanzielle Anreize verwendet werden. Zusätzlich wird es auch das Vergütungsmodell „Commissioning for Quality and Innovation“ (CQUIN) geben, mit dem insbesondere Leistungen in Sachen Qualitätsverbesserung belohnt werden sollen. Das eben genannte Papier wurde von der Regierung am 12. Juli 2010 veröffentlicht und enthält die neuen Langzeit-Visionen für das nationale Gesundheitssystem. Eine zentrale Rolle wird dabei das Practice-based Commissioning spielen.⁹⁴

Die Situation in Norwegen⁹⁵

Die Primärversorgung in Norwegen ist sehr regional strukturiert und wurde 2001 reformiert. Während auf Ebene der Spitäler und Krankenanstalten die Institutionalisierung von Qualitätsmanagement vorgeschrieben ist, existieren für die medizinische Grundversorgung nach wie vor keine solchen Vorschriften.⁹⁶ Laut Auskunft wird jedoch aktuell an neuen Regelungen und Gesetzen gearbeitet, deren Umsetzung in den nächsten zwei Jahren erwartet wird.⁹⁷

In Norwegen gibt es mehrere Organisationen, die in Sachen Qualitätssicherung aktiv sind. Die Norwegische Ärztevereinigung (Norwegian Medical Association) ist eine Interessenvertretung, welche Ärzte sowohl in professioneller Hinsicht als auch gewerkschaftlich vertritt. Seit 1992 hat sie das Thema der Qualitätssicherung in den Fokus ihrer Arbeit gestellt und arbeitet gemeinsam mit Einrichtungen der Regierung an Qualitäts-Leitlinien und Standards.⁹⁸ Zu ihrem Verantwortungsgebiet gehört unter anderem auch die medizinische Fortbildung und professionelle Weiterentwicklung der Ärzteschaft (CME und CPD).⁹⁹

Der Gesundheitsausschuss (Helsedirektoratet)¹⁰⁰, welcher direkt dem Ministerium für Gesundheit und Soziales unterstellt ist, ist für die Überwachung der Gesundheits- und Sozialleistungen verantwortlich. Er arbeitet auch an der nationalen Strategie zur Verbesserung der Qualität von Gesundheits- und Sozialleistungen (2005–2015), welche sowohl eine inhaltliche Leistungsverbesserung als auch Verbesserungen im System und eine Stärkung der Nutzer anstrebt.¹⁰¹

Unterstützt werden diese beiden Einrichtungen durch das im Jahr 2004 gegründete Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC). Dieses Kompetenzzentrum erstellt und verbreitet Forschungsberichte zu Wirkungen von Behandlungen, misst (u. a. durch Patientenumfragen) die Qualität der Versorgung und fördert Verbesserungen im Gesundheitswesen. Unter anderem wird von ihr auch eine Online-Wissensdatenbank zu Gesundheitshemen verwaltet (Helsebiblioteket.no), durch die Ärzte schnellen Zugang zur aktuellen Informationen haben.¹⁰² Das NOKC arbeitet aktuell auch an einer Kampagne zu Patientensicherheit, die im Zeitraum 2011 bis 2013 umgesetzt werden soll¹⁰³, und fungiert als Sekretariat für den neuen Council for Quality Improvement and Priority Setting in Health Care, welcher Ende 2010 vom Gesundheitsministerium einberufen wurde und u. a. die Koordination und Interaktion zwischen den unterschiedlichen Ebenen in der Gesundheitsversorgung verbessern soll.

91 http://www.rcgp.org.uk/about_us/the_work_of_the_college.aspx

92 http://www.rcgp.org.uk/professional_development/team_quality/qpa.aspx

93 Siehe genaue Beschreibung der Bewertung nach Quality and Outcome Framework in HSW II/2006 oder <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework>

94 White Paper: Liberating the NHS: Legislative framework and next steps, online unter: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_122707.pdf

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

96 http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB134636_DEUTSCH%20_Zusammenfassung.pdf

97 Auskunft von Janecke Thesen, norwegische Gesundheitsexpertin, vom 14. April 2011.

98 www.legeforeningen.no

99 <http://www.legeforeningen.no/id/81042.0>

100 www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,112387&_dad=portal&_schema=PORTAL&language=english

101 http://www.helsedirektoratet.no/selectedtopics/quality_improvement

102 <http://www.kunnskapssenteret.no/home>

103 <http://www.kunnskapssenteret.no/binary/9492/file>





Externe Qualitätssicherung findet in Norwegen durch ein Rezertifizierungsverfahren statt, das auf einem flexiblen Fortbildungskonzept beruht und von der ärztlichen Interessenvertretung abgewickelt wird. Innerhalb von fünf Jahren müssen 300 Punkte erbracht werden, wobei weniger als die Hälfte der geforderten Ausbildungsaktivitäten (140 Punkte) fest vorgegeben sind, die restlichen 160 Punkte können durch unterschiedliche andere Aktivitäten wie Qualitätsarbeit, wissenschaftliche Tätigkeit, Seminare, Lehre, Nachweis erweiterter praktischer Fähigkeiten und dergleichen gesammelt werden. Auf diese Weise können die Ärzte bedarfsorientiert Schwerpunkte setzen. Eine echte Rezertifizierung gibt es aber bislang nur für Ärzte, die das 75. Lebensjahr erreicht haben.¹⁰⁴

Als eine weitere Maßnahme in Sachen Qualitätssicherung ist das Projekt SEDA zu nennen, das vom Gesundheitsausschuss finanziert und vom norwegischen Statistikamt durchgeführt wird. SEDA wurde in den Jahren 2001/2002 als Pilotprojekt entwickelt und hat seit 2004 die Analyse von elektronischen Patientendokumentationen zum Inhalt, die vorerst nur anhand einer Stichprobe erfolgt. Ziel ist es, ein System zu entwickeln, mit dem sich repräsentative Statistiken über Behandlungsaktivitäten und Patientenkontakte von Ärzten für ganz Norwegen erstellen lassen. In der Weiterführung des Projekts sollen lokale Entscheidungsträger durch SEDA wichtige Informationen und Kontrollmöglichkeiten für die Entwicklung weiterer Qualitätsmaßnahmen erhalten können. Derzeit gibt es bereits Statistiken in den Bereichen Krankenpflege und für ärztliche Fächer, für praktische Ärzte liegen jedoch noch keine Statistiken vor, was auch an der Verortung der hausärztlichen Versorgung auf Gemeindeebene liegen mag.¹⁰⁵

Die Situation in den Niederlanden

Die Qualitätsarbeit in den Niederlanden unterlag bis in die 1990er Jahre der Selbstkontrolle der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen. Mit dem Care Institutions Quality Act (Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) 1995) und dem Individual Health Care Professions Act (De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) 1997) wurden Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung und -entwicklung abgesteckt. Ersteres richtet sich an Gesundheitseinrichtungen, welche kontinuierlich Qualitätsstandards entwickeln sollen, die u. a. Systeme für Monitoring und Weiterentwicklung von Qualität sowie Systeme für Qualitätsberichterstattung umfassen. Das BIG legt den Fokus auf die professionelle und qualitativ hochwertige Behandlung auf der Mikroebene zwischen behandelnder Person und Patient. Die Verantwortung über die konkrete Ausprägung der Qualitätsarbeit verblieb jedoch in beiden Fällen bei den Anbietern bzw. Ärzteverbänden.¹⁰⁶ Eine Evaluation des KZI 2001 analysierte die Fortschritte der Qualitätsarbeit in den Gesundheitseinrichtungen seit der Gesetzesverabschiedung und kam zu dem Schluss, dass zwar eine Entwicklung stattgefunden hat, jedoch weiterhin Schwächen in puncto Transparenz und Patientenpartizipation gegeben sind.¹⁰⁷ Ein ähnlich differenziertes Ergebnis ergab auch die Evaluation des BIG 2002. Infolgedessen beschloss das Gesundheitsministerium, Qualität vermehrt durch verpflichtende Maßnahmen zu forcieren.¹⁰⁸

Hauptverantwortlich für die Qualitätssicherung in den Niederlanden ist neben dem Gesundheitsministerium das von ihm unabhängige Inspektorat für das Gesundheitswesen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ). Dieses setzt Maßnahmen gegenüber Gesundheitsdienstleistern bei Nichteinhaltung gesetzlicher oder vereinbarter Standards, untersucht Beschwerden und Fehlerfälle im Gesundheitsbereich und wird für das Gesundheitsministerium als auch für Gesundheitseinrichtungen beratend tätig.¹⁰⁹

Die Königlich-Niederländische Ärztevereinigung (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, KNMG) und ihre fachspezifischen Unterorganisationen sind für die Registrierung sowie die Fortbildung als Voraussetzung zur Rezertifizierung der Ärzteschaft zu-

104 European Observatory on Health Systems and Policies (2009): Life long learning and physician revalidation in Europe, Vol. 11, Nr. 2, online unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80334/EuroObserver_summer2009.pdf

105 http://www.ssb.no/alegetj_en/about.html

106 Grol R. (2006): Quality Development in Health Care in the Netherlands. Commonwealth Fund Pub. Nr., 910, S. 5; Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos E. (2008): Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A Case for Action. Observatory Studies Series, Nr. 12, S. 23.

107 Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E. (2010): The Netherlands. Health System Review. Health Systems in Transition, Vol.12, Nr.1, S. 104; Grol R. (2006): Quality Development in Health Care in the Netherlands. Commonwealth Fund Pub., Nr. 910, S. 5.

108 Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos E. (2008): Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A Case for Action. Observatory Studies Series, Nr. 12, S. 23 f.

109 <http://www.igz.nl/>





ständig. Darüber hinaus obliegt ihr auch die Förderung von allgemeiner Qualitätsarbeit bei ihren Mitgliedern.¹¹⁰

Zusätzlich spielen u. a. auch noch zwei private Forschungsinstitute, das Niederländische Institut für Verbesserung im Gesundheitswesen (Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing, CBO)¹¹¹ und das Wissenschaftliche Institut für Qualität im Gesundheitswesen (Scientific Institute for Quality of Health Care, WOK)¹¹² eine große Rolle in der Evaluierung und Entwicklung von Qualitätsmaßnahmen in den verschiedenen Gesundheitsbereichen der Niederlande.

Die Primärversorgung in den Niederlanden wird durch verschiedene Anbieter wie Allgemeinärzte, Physiotherapeuten oder Hebammen sichergestellt. Zentral hierbei ist die „Gatekeeper“-Rolle der Allgemeinärzte, die den Zugang zu Spezialisten oder Spitälern reglementiert. Qualitätsbemühungen im niedergelassenen Bereich beschränkten sich bis Mitte der 1990er auf die Berufszulassung und Rezertifizierung von Ärzten durch Nachweis von Fortbildung und kontinuierlicher Berufsausübung.¹¹³ Derzeit müssen Ärzte alle 5 Jahre eine Berufsausübung von mindestens 16 Stunden pro Woche in ihrem Fachgebiet sowie 200 Stunden Fortbildung über fünf Jahre nachweisen.¹¹⁴

Als weiteres Standbein der Qualitätsbemühungen etablierte sich ab 2005 ein aus mehreren integrierten Evaluierungswerkzeugen bestehendes Qualitätssystem, welches Selbst- und Fremdevaluierung miteinander verbindet. Das Europäische Praxisassessment (EPA) wurde durch Kooperation mehrerer europäischer Forschungsinstitute entwickelt und in den Niederlanden vom WOK und der Abteilung für Allgemeinmediziner der KNMG (Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG) durchgeführt.^{115, 116} Wurde es anfangs nur als freiwilliges Akkreditierungsinstrument eingesetzt, wird EPA bzw. dessen Indikatoren in den Niederlanden mittlerweile als verpflichtendes Rezertifizierungsinstrument für einen Großteil der niedergelassenen Ärzteschaft verwendet. Visitationen erfolgen alle fünf Jahre und werden durch die jeweilige wissenschaftliche Fachgesellschaft durchgeführt.¹¹⁷

Fazit

Es lassen sich einige sehr klare Schlussfolgerungen aus diesen Beobachtungen ziehen. Die Entwicklung der Qualitätsarbeit in Österreich kann im Vergleich zu europäischen „Vorzeigeländern“ wie etwa Deutschland, Frankreich oder den Niederlanden als verhalten betrachtet werden. Zwar sind wichtige Schritte mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz (GGG) und der (externen) Evaluierung der Arztpraxen gesetzt worden. Die Umsetzungen gehen aber nur schleppend voran oder sind durch unterschiedliche Interessen und Perspektiven eher Minimallösungen als ambitionierte Qualitätsarbeit. Insbesondere fehlt im niedergelassenen Bereich die Einbettung in Continuous Quality Improvement (CQI). Ärzte und Ärztinnen werden gleichsam alleine gelassen, und als Kompromiss werden die Kriterien verwässert. Dabei sollte es genau umgekehrt sein: hohe Ansprüche an Qualität, aber professionelle Unterstützung beim Erreichen dieses Ziels. Die verstärkte Einbeziehung mehrerer Stakeholder-Gruppen in die Erstellung und Implementierung sowie die Ankündigung weitgehender Veränderungen bei den Praxisevaluierungen ab 2011 lassen zumindest auf Verbesserungen hoffen. Gleichzeitig bewegen sich die untersuchten Länder im Eiltempo weiter. Rezertifizierung und deren Verknüpfung mit Continuing Professional Development statt bloßer Teilnahmebestätigungen ist ein wichtiger und sinnvoller Trend, den wir beobachten. Ein zweiter wesentlicher Bereich ist die Harmonisierung von Qualitätssicherung in den Versorgungssettings, welche der zunehmenden Integration der Versorgung, aber auch dem Wettbewerb der Leistungsanbieter entgegenkommt. Wie in vielen Bereichen muss das Rad nicht in Österreich neu erfunden werden. Erprobte Konzepte können übernommen und angepasst werden.

Fazit

110 Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E. (2010): The Netherlands. Health System Review. Health Systems in Transition Vol.12 Nr. 1, S. 101.

111 <http://www.cbo.nl/>

112 <http://www.iqhealthcare.nl/>

113 Grol R. (2006): op. cit., S. 7.

114 Auskunft der Königlichen Niederländischen Ärztevereinigung, KNMG, am 11. April 2011.

115 Grol R. (2006): op. cit., S. 7.

116 Näheres zu EPA siehe Czypionka T., Riedel M., Röhring G. (2006a): Europa in Bewegung. Qualität im niedergelassenen Bereich. Health System Watch I/2006, Czypionka T., Riedel M., Röhring G.; (2006b): Qualitätssicherung in Praxen: Eine europäische Perspektive. Health System Watch II/2006.

117 Auskunft der Königlichen Ärztevereinigung, KNMG





Tabelle 1: Länderübersicht	Qualitätssicherung allgemein: rechtliche Situation	Wichtigste Maßnahmen der externen Qualitätssiche- rung*: Art, rechtlicher Status	Umfang der CME (Continuing Medical Education)	Organisationen, die diese externe QS durchführen	Charakter der Organisationen	Ablauf, Charakter der externen QS
Österreich	gesetzlich vorgeschrieben	verpflichtende Evaluierung durch Fragebogen	Weiterbildungsverpflichtung nach § 49 Arzte- gesetz, aber keine Nachweispflicht; freiwi- liges Diplomfortbil- dungsprogramm: 150 Punkte in 3 Jahren	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED)	mit gesetzlichem Statut, im Alleineigen- tum der Ärztekammer	Evaluierungsfragebogen; stich- probenartige Überprüfung der Angaben durch Verifikatoren; Bereibung von Mängeln inner- halb einer Frist, sonst Diszipi- naranzeige; KV-Träger können Ergebnisse verlangen; anonymi- sierte Meldung an das BMGF
Belgien	nicht vorgeschrieben	freiwillig, Rezertifizierung in Ver- bindung mit finanziellem Anreiz	semi-freiwillig, da Vor- aussetzung für Akkredi- tierung, die gekoppelt mit Finanzierung ist: 3 Tage/Jahr freie Themen, 1 Tag Ethik/Ökonomie	Projekte des Federal Public Service (FPS), des National Institute of Health and Disease Insurance (NIHDJ) sowie regio- naler Behörden und wissen- schaftlicher ärztlicher Organi- sationen	alle öffentlich-rechtlich	freiwillig; Projekte bez. Quali- tätsindikatoren und Visitations- verfahren
Dänemark	empfohlen;	freiwillige Akkreditierung unter ständiger Weiterentwicklung von Standards, seit 1.9.2010 ver- pflichtende Berichte zur Patien- tensicherheit (Incident Reports) durch das medizinische Perso- nal, Datenerhebung zu Behand- lungsverläufen und Patienten- wegen	keine	Akkreditierung: Danish Healthcare Quality Programme (IKAS) Patientensicherheit: National Agency for Patients Rights and Complaints Datenerhebung: Danish Quality Unit of General Practice (DAK-E).	IKAS: Ausschuss aus National Board of Health, regionalen Behörden und Ge- sundheitsministerium DAK-E: finanziert von regionalen Behörden und der Vereinigung der praktischen Ärzte	für die Akkreditierung entwickelt jede Praxis ihre eigenen Stan- dards und führt eine Eigenevalu- ation durch. Zusätzliche, externe Be-gutachtung durch ein von IKAs geschultes, medizinisches Team. Die Akkreditierung und Begutachtung wird alle 3 Jahre wiederholt, Standards werden regelmäßig überarbeitet. Ein Webbasiertes IT-System namens „TAK“, unterstützt den Prozess.
Deutschland	gesetzlich vorge- schrieben	verpflichtend: Qualitätsprüf- ungen im Einzelfall; Fortbildungs- nachweis; Nachweis der Einrich- tung eines QM-Systems	Verpflichtung zur Fortbil- dung und Nachweis von 250 Punkten alle 5 Jahre; ansonsten Honorarreduktion und als letzte Maßnahme Zulassungszug	v. a. Kassenärztliche Vereini- gungen; AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförde- rung und Forschung (unter- stützen die unabhängigen Einrichtung für die Implemen- tierung der sektorenübergrei- fenden Qualitätssicherung ab 2012)	Kassenärztliche Verei- nungen; Vertretung der Kassenärzte kraft Gesetzes; Anbieter der QM-Systeme größtenteils privat, QEP von der KBV; unabhängiges AQUA-Institut	verpflichtende Einrichtung eines internen QM-Systems (mit insti- tutioneller Unterstützung und Ver- fügbarkeit des eigens von der KBV dafür entwickelten QEP- Systems), QS und QM-Richtli- nien, Überprüfung der Einfüh- rung durch die KVs, stichpro- benartiges Prüfverfahren durch G-BA; ab 2012 sektorenüber- greifende Qualitätssicherung, unterstützt durch AQUA-Institut
Estland (Stand 2006)	gesetzlich vorge- schrieben seit 2001	verpflichtende jährliche Evaluie- rung durch die Krankenversiche- rung; Rezertifizierung alle 5 Jahre; derzeit aber noch keine Konsequenzen bei Nichterfüllung	300 Punkte alle 5 Jahre für Rezertifizierung	Evaluierung durch Kranken- versicherung, Rezertifizierung durch Standesvertretung		externes Audit durch Krankenversicherung
Frankreich	gesetzlich vorge- schrieben	Verpflichtung zur EPP (Evaluati- on des Pratiques Professionnel- les) seit 2004; ab 2013 findet EPP aufgrund des HPST-Geset- zes im Rahmen von DPC (Déve- loppement Professionnel Conti- nue) statt; diese Form der pro- fessionellen Weiterentwicklung umfasst neben der Evaluierung der professionellen Praktiken auch medizinische Weiterbildung bzw. FMC (Formation Médicale Continue).	in Verbindung mit EPP und FMC	HAS (Haute Autorité de Santé) in Zusammenarbeit mit Vertretungen der niederge- lassenen Ärzteschaft; AQUA – Institut für angewandte Quali- tätsförderung und Forschung (unabhängige Institution)	HAS: öffentlich- rechtlich	Evaluatoren führen eine/mehrere Visitationen durch und helfen eine Selbstbewertung durch- zuführen; Evaluator macht Bericht und Vorschläge für Verbesserungen; Einführung des ISQUA-Akkredi- tierungssystems für Zertifizie- rung von Gesundheitseinrich- tungen geplant

* Wichtigste Maßnahmen der externen Qualitätssicherung





Health System Watch II/2011

Tabelle 1: Länderübersicht	Qualitätssicherung allgemein: rechtliche Situation	Wichtigste Maßnahmen der externen Qualitätssiche- rung*: Art, rechtlicher Status	Umfang der CME (Continuing Medical Education)	Organisationen, die diese externe QS durchführen	Charakter der Organisationen	Ablauf, Charakter der externen QS
Irland	gesetzlich vorge- schrieben seit 2007 (Medical Practitioners Act, Teil 11)	Registrierte Ärzte müssen ihre beruflichen Kompetenzen ent- sprechend den vom Medical Council vorgegebenen Anforde- rungen aufrechterhalten; dazu werden von akkreditierten aka- demischen Einrichtungen Weiter- bildungspläne (Professional Competence Schemes) entwick- elt; bei Durchfällen oder man- gelnder Kooperation seitens der Ärzte folgen Disziplinarverfahren durch den Medical Council	Verpflichtend im Rahmen der Professional Compe- tence Schemes; je nach Programm werden unter- schiedliche Minimalstun- den an Weiterbildung fest- gelegt; im Durchschnitt müssen sich registrierte Ärzte ein Mal pro Jahr an einem klinischem Audit beteiligen und 50 Stunden für ihre berufliche Weiter- entwicklung aufwenden	Steuerung: Irish Medical Council; Durchführung: ver- schiedene, vom Medical Council akkreditierte akade- mische Weiterbildungseinrich- tungen (Postgraduate Medical Training Bodies)	Medical Council: öffentlich-rechtlich	Registrierte Ärzte müssen jährlich eine Erklärung gegen- über dem Medical Council über die Aufrechterhaltung ihrer Kompetenzen abgeben; auch Dokumentationen ver- stichprobenartig werden dazu langt; in Verdachtsfällen kön- nen vom Medical Council auch Bewertungen (assess- ments) durchgeführt werden
Luxemburg	nicht vorgeschrieben	freiwillig	freiwillige Weiterbildung	keine externe QS vorhanden		Es gibt öffentliche Richtlinien, deren Einhaltung jedoch nicht kontrolliert wird; aktuell wird an einem Entwicklungspro- zess von nationalen DMP gearbeitet
Niederlande	Zertifizierung und Rezertifizierung vorge- schrieben	Rezertifizierung für medizinische Spezialisten erfordert mind. 16 Stunden pro Woche an relevan- ter Praxis (Arbeit mit Patienten), verpflichtende Weiterbildung in Höhe von 200 Punkten/Stunden sowie verpflichtende Praxisvisi- tation innerhalb von 5 Jahren	Verpflichtend sind 200 Punkte bzw. Stunden an Weiterbildung innerhalb von 5 Jahren	Rezertifizierung erfolgt durch die Postgraduate Weiterbil- dungs- und Registrierungsab- teilung der Royal Dutch Medi- cal Association; die Visitatio- nen erfolgen durch die wissen- schaftlichen Gesellschaften der 33 unterschiedlichen medi- zinschen Spezialbereiche	Die Royal Dutch Medical Association ist eine private Arzteinigung; das Post Graduate Training and Re- gistration department ist öf- fentlich-rechtlich; die Scien- tific Societies of the Medical Specialisms sind privatrech- tliche Einrichtungen	Verpflichtende Rezertifizie- rung durch das Post Gradua- te Training and Registration Department der Royal Dutch Medical Association
Norwegen	gesetzlich vorge- schriebene Rezertifiz- ierung	Rezertifizierung auf Basis eines erweiterten CME-Begriffs	300 Punkte alle 5 Jahre. 140 aus vorgeschriebenen Bereichen. Der Rest kann aus vielfältigen Tätigkeiten zur professionellen Ent- wicklung erworben werden	Norwegian Medical Association	Ärztevertretung	Nachweis von CME-Tätigkeiten
Polen (Stand 2006)	gesetzlich vorge- schriebene Rezertifiz- ierung	Rezertifizierung auf Basis von CME; freiwillige Akkreditierung	verpflichtender Nachweis von 400 Punkten in vier Jahren	Akkreditierung: Polnische Gesellschaft für Qualitätsent- wicklung (TPJ) in Zusammen- arbeit mit dem National Cen- tre for Quality Assessment in Health Care (NCQA)	öffentlich-rechtlich	Rezertifizierung
Portugal	empfohlen	freiwillig, alle 3 Jahre	freiwillig; darf bis 15 Arbeitstage pro Jahr umfassend	National Institute for Quality in Health in Zusammenarbeit mit Health Quality Service London	öffentlich-rechtlich	Akkreditierung durch NIOH, sowohl für Krankenhaus als auch für Praxen)
Tschechische Republik	gesetzliche Regelung in Ausarbeitung	derzeit freiwillig, in Pilotprojekten	verpflichten	Projekte der Tschechischen Gesellschaft für Allgemeinme- dizin mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums	ärztliche Berufsvertretung	Praxisassessment
Vereinigtes Königreich	gesetzlich vorge- schrieben; diverse Maßnahmen	Überprüfung der Performance der PCO durch die Care Quality Commission (CQC); für Ärzte jährlicher Appraisal-Prozess; Revalidierung ab 2012 verpflich- tend; Teilnahme am QOF freiwil- lig; diverse Qualitätsaktivitäten wie Auszeichnungen und finan- zielle Anreize	Appraisal: Primary Care Organisations (PCOs) und Bewertung der PCOs und aller Ärzte außerhalb des NHS durch die Care Quali- ty Commission (CQC)	PCOs sind Teil des staatlichen Gesundheitsdienstes NHS, GMP-Katalogs (Good Medi- cal Practice); Selbst- und Fremdbewertung, formativer Charakter; seit 2004: Mög- lichkeit bei bestimmten Qua- litätsbemühungen höhere Bezüge zu erhalten: Quality and Outcomes Framework	seit 2002: „Annual Appraisal“ nach den Grundsätzen des GMP-Katalogs (Good Medi- cal Practice); Selbst- und Fremdbewertung, formativer Charakter; seit 2004: Mög- lichkeit bei bestimmten Qua- litätsbemühungen höhere Bezüge zu erhalten: Quality and Outcomes Framework	verpflichtend, durchgeführt, unter Verantwortung des General Medical Councils

* Wichtigste Maßnahmen der externen Qualitätssicherung



Aufbau Gesundheitsdialog Diabetes



eHEALTH
2011
www.eHealth2011.at

„Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ der VAEB gewinnt E.T. Award 2011

Im Rahmen der eHealth 2011 hat Bundesminister Alois Stöger am 26. Mai der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) den E. T. Award 2011 übergeben. Unter den sieben Bewerbern konnte sich die VAEB mit dem „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ als jener durchsetzen, „der Informations- und Kommunikationstechnologie am innovativsten einsetzt, um neue Möglichkeiten in der Kommunikation zwischen den Partnern im Gesundheitswesen, insbesondere mit den Patienten, zu etablieren.“, so Günther Schreier vom AIT (Austrian Institute of Technology GmbH), den Veranstaltern der eHealth 2011.

Den Ausschlag für die Zuerkennung des E. T. Award an den Gesundheitsdialog Diabetes gaben folgende Faktoren:

- die damit geschaffene Möglichkeit eines Dialoges zwischen chronisch kranken Patienten und deren Betreuern (Ärzte, Therapeuten) durch die direkte Einbindung über mobilfunkbasierte Telemedizin,

- patientenzentrierte Versorgung und Unterstützung beim Selbstmanagement,
- die aus den Ergebnissen der ersten 150 in das Programm eingeschlossenen Patienten abzulesende Akzeptanz bei Patienten und Therapeuten und
- das auf die Regelversorgung ausgerichtete Projektumfeld, insbesondere die Einbeziehung aller Partner der Versorgungsstruktur (Hausärzte).

„Dieses erste von einer österreichischen Sozialversicherung getragene Projekt zeigt, dass ein neues Zeitalter für eHealth & Telemedizin begonnen hat“, meint Schreier.

Die Vision des VAEB-Projektes ist es, durch das Zusammenspiel zwischen Technik und Präventionskonzept die Autonomie und Eigenverantwortung der Teilnehmer zu stärken, so dass sie ihre eigenen Gesundheitsentscheidungen kompetent treffen können. In weiterer Folge soll sich dadurch ihr Gesundheitsverhalten positiv verändern und ihr Gesundheitszustand nachhaltig verbessert werden.

Madeleine Harbich (VAEB)



**MITTEN IM LEBEN
MACHEN BESSERER SERVICE
UND BESSERE ZINSEN
DEN UNTERSCHIED.**

KONTO BOX

- ▶ Kartensperre
- ▶ Notfallbargeld
- ▶ Schlüsselfund Service
- ▶ gratis Datensafe

**3% P.A.
FÜR
6 MONATE**

Das Konto für alle, die mehr wollen.
Holen Sie sich die neue KontoBox ab € 0,-*!
Für Neukontokunden bis 30.6.2011 mit 3% p.a. Zinsen
für 6 Monate am inkludierten Anlagekonto**.

Mitten im Leben.
www.mitten-im-leben.at

**BAWAG
PSK**

*) ab € 880,- Durchschnittssaldo im Quartal.
) gültig für Einlagen bis € 10.000,- ; nähere Informationen in jeder BAWAG P.S.K. Filiale