



Health System Watch

Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich – Teil 2

Thomas Czyponka, Clemens Sigl, Michael Berger, Frank Kronemann, Miriam Reiss*

Diese Ausgabe des HSW bildet die Fortsetzung der Ausgabe I-A 2014 zum Thema Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich. Wurden im ersten Teil eine theoretische Einordnung und Instrumente des Qualitätsmanagement vorgestellt, so wird in diesem Teil auf internationale Qualitätsmanagement-Systeme eingegangen und abschließend ein Ausblick für Österreich gegeben.

QM-Systeme

Bei einer Metastudie zu 44 weltweiten QM-Systemen der externen Qualitätsbewertung durch Shaw et al. (2013) zeigte sich, dass nur fünf davon ausschließlich die Qualität in der Primärversorgung überprüfen. Von den befragten Einrichtungen zertifizieren 41 % sowohl Krankenanstalten als auch Leistungserbringer der Primärversorgung. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass bei vielen Einrichtungen, wie etwa auch bei der Joint Commission International (JCI), im ambulanten Bereich ausschließlich Ambulatorien und nicht Einzelpraxen geprüft und zertifiziert werden. Bei 2/3 der von Shaw et al. (2013) untersuchten Systeme sind von einer staatlichen Einrichtung akkreditiert, welche diese für einen bestimmten Zeitraum zur Qualitätsprüfung und Zertifizierung befähigt. Positive Aspekte dieser Akkreditierung von Dritten sind einerseits das Vorbeugen von Interessenskonflikten (öffentliche Leistungserbringer werden somit nicht durch die öffentliche Hand (selbst-)zertifiziert). Andererseits kann die Akkreditierung von unterschiedlichen nicht-öffentlichen Zertifizierungsanbietern als Innovationstreiber wirken und zur (Weiter-)Entwicklung unterschiedlicher QM-Systeme führen, die folglich die Auswahl eines jeweils passenden QM-Systems ermöglichen.²⁰ Die meisten Organisationen zur externen Qualitätsbewertung öffentlichen – wenn auch mit unterschiedlichem Detailgrad – die Ergebnisse der geprüften Leistungserbringer (84 %). Einige Organisationen weisen jedoch eine verweigerte oder aberkannte Zertifizierung eines Leistungserbringers bzw. genaue Informationen zu Zertifizierungsstandards und -prozessen nicht aus. Anhand der Vielzahl an scheiternden Einrichtungen identifizieren die Autoren eine gesetzliche Verankerung, ein Commitment der Regierung zur Verbesserung in der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, sowie eine Koppelung der Ergebnisse an finanzielle Anreize als nachhaltige Erfolgsfaktoren für QM-Systeme. In der wissenschaftlichen Literatur wird die Verbreitung und Anwendung von QM-Standards zwar allgemein positiv bewertet, es besteht jedoch aktuell noch ein Mangel an robusten empirischen Belegen für verbessernde Effekte dieser im Gesundheitswesen (Greenfield et al. 2012). Nachfolgend werden ausgewählte QM-Systeme vorgestellt, von denen die meisten primär eine Verbesserung und Weiterentwicklung in der Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. QM-Systeme können auch regulatorische Absichten als Hauptmotiv haben, bei denen das Qualitätsergebnis über die Erlaubnis zur Leistungserbringung entscheidet. Unterschiede von QM-Systemen ergeben sich außerdem in der Wahl und Durchführung der im ersten HSW-Teil vorgestellten QM-Instrumente, als auch hinsichtlich ihrer originären Herkunft und Zielbestimmung. Die nachfolgend erstgenannten QM-Systeme – das ISO- und das EFQM-Modell – stammen etwa aus dem technischen bzw. industriellen Bereich und werden für das Gesundheitswesen adaptiert. Im Gegensatz zu international einheitlichen Systemen wie dem EPA, haben einzelne Länder und/oder Sozialversicherungen eigene ambulante QM-Systeme entwickelt, auf die ebenfalls in diesem Kapitel eingegangen wird (beispielsweise QEP oder EQUAM).²¹ Im angelsächsischen Raum kann bereits auf eine langjährige Erfahrung im Umgang mit QM-Systemen und zugehörigen Bewertungsportalen zurückgeblickt werden. Die standardisierte Informationsaufbereitung für Leitlinien findet in Form von Clearinghouses statt, welche ein wesentlicher Bestandteil im QM sind und am Ende des Kapitels angeführt werden. Auf den letzten Seiten des HSW findet sich eine Übersichtstabelle über Eigenschaften von ausgewählten QM-Systemen.

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

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.

²⁰ Vergleiche dazu Deutschland, wo ein QM-System für Praxen verpflichtend ist, aber die Auswahl aus den verschiedenen akkreditierten QM-Systemen dem Leistungserbringer obliegt.

²¹ Viele Zertifizierungssysteme für den ambulanten Sektor haben als Vorlage bereits bestehende Modelle der Qualitätszertifizierung im stationären Sektor.

QM-Systeme





DIN-EN-ISO-Modell

Die von der ISO (*International Organization for Standardization*) herausgegebenen Qualitätsmanagement-Normen der DIN EN ISO 9000 Reihe stellen weltweit und branchenübergreifend die Basis für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement zahlreicher Organisationen dar. Da die Normenreihe an sich branchenunabhängig ist, kann sie auch im medizinischen Bereich Anwendung finden. Aktuell besteht die ISO-9000-Reihe aus drei Normen. DIN EN ISO 9000:2005 befasst sich mit Grundlagen und Begriffen, DIN EN ISO 9001:2000 formuliert die Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme und ist als solche die Zertifizierungsgrundlage, und DIN EN ISO 9004:2000 dient als Leitfaden zur Leistungsverbesserung (ÄZQ 2009: 103 f.).

Da DIN EN ISO 9000 eine Normenreihe ist, handelt es sich hierbei auch nicht um ein Qualitätsmanagementsystem an sich, sondern genauer genommen um eine Zusammenfassung und Vereinheitlichung der Normen, die ein Qualitätsmanagementsystem erfüllen muss. Die Vorgaben für die Entwicklung eines eigenen Qualitätsmanagementsystems sind hierbei sehr detailliert. Konkrete Vorgaben gibt es mitunter für die Erfassung und Dokumentation von Prozessen, Strukturen und Ergebnissen, für die Evaluierung und Verbesserung, für den Umgang mit Fehlern und für den Ablauf interner Audits. Grundsätzlich sind die Normen der ISO-9000-Reihe nicht verbindlich, da das ISO keine staatliche Organisation ist. Insofern ist es auch möglich, ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9000 einzuführen, ohne den Erhalt eines Zertifikats zu beabsichtigen. In einzelnen Ländern erfolgte jedoch eine teilweise Übernahme in die Gesetzgebung, wodurch die ISO-9000-Reihe stark an Bedeutung gewonnen hat. Die Zertifizierung wird nicht von ISO selbst durchgeführt, sondern mittels Akkreditierungen an Drittorganisationen abgetreten.

Interne Audits, regelmäßige Evaluationen der Kundenzufriedenheit, Befragungen der Mitarbeiter, Reklamations-, Fehler-, und Risikomanagement und das „Management Review“ (eine jährliche Management-Bewertung) stellen die wichtigsten Instrumente der DIN EN ISO 9000 dar. Eine der Stärken der ISO-9000-Reihe liegt darin, dass der Aufbau des Qualitätsmanagementsystems für Mitarbeiter gut nachvollziehbar strukturiert werden kann, was sich in Verbesserungen der Ablauforganisation niederschlagen kann. Der sehr prozessorientierte Ansatz kann zudem die Akzeptanz des aufgebauten Systems erhöhen (ÄZQ 2009: 104). Durch die Branchenunabhängigkeit wird jedoch postuliert, dass die Einhaltung gewisser Normen im Qualitätsmanagement Qualität garantiert, unabhängig vom jeweiligen Umfeld. In der Folge können damit für die Qualität bedeutsame spezifische Umstände unberücksichtigt bleiben. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin illustriert die Einführung eines internen QM-Systems mit Zertifizierung nach den DIN-EN-ISO-9001-Normen im medizinischen Bereich anhand des Beispiels einer fachärztlichen Praxis, welches sich chronologisch etwa wie folgt einteilen lässt (ÄZQ 2009: 106):

- Erarbeitung des QM-Handbuchs unter Berücksichtigung des Leistungsangebots, Leitlinien usw.
- Informationsgespräch
- Bewertung des QM-Handbuchs im Hinblick auf die Normenreihe DIN EN ISO 9001 und Autorisierung (Stufe-1-Audit)
- Implementierung des QM-Systems zur Überprüfung der Praktikabilität durch die Praxisleitung
- Internes Audit
- Zertifizierungsaudit (Stufe-2-Audit)²²
- Überprüfung der Auditprotokolle durch die Zertifizierungsstelle
- Erstellung des Zertifikats²³
- Regelmäßige interne Audits, Jahres-Qualitätsberichte und Jahresaudits

EFQM-Modell²⁴

Die 1988 ins Leben gerufene „European Foundation for Quality Management“ (EFQM) mit Sitz in Brüssel entwickelte das EFQM-Modell, mit dessen Hilfe die Konkurrenzfähigkeit europäischer Unternehmen gesichert und vorangetrieben werden sollte. Das EFQM-Modell ist ein TQM-System (Total Quality Management), das auf die Förderung von Business Excellence abzielt. Darunter wird das Streben nach herausragenden Leistungen verstanden – im Gegensatz zur Einhaltung von (Mindest-)Standards, wie etwa ISO – weshalb die Auszeichnung mit einem Preis (EFQM Excellence Award) zu einem zentralen Element dieses QM-Modells gehört. Die Bewertung erfolgt nach einem Punktesystem mit Gewichtungen anhand von neun Kriterien, wobei zwischen fünf „Enablers“ (Befähiger) und vier „Results“ (Ergebnisse) unterschieden wird (siehe Abbildung 3). Unter „Enablers“ sind jene Kriterien zusammengefasst, die Qualität an sich und die Erreichung der „Results“ erst ermöglichen. Durch die Rückwirkung von

²² Die Unterscheidung zwischen Stufe-1 und Stufe-2-Audit betrifft nur die Erstzertifizierung

²³ Die Gültigkeit des Zertifikats beträgt drei Jahre.

²⁴ <http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model> [abgerufen am 04.11.2013].





Abbildung 3: EFQM-Enabler- & Results-Kriterien

| Enabler-Kriterien | Results-Kriterien |
|--|--|
| Leadership (Führung) [10%] | People Results (Mitarbeiterergebnisse) [9%] |
| People (Mitarbeiter) [9%] | Customer Results (Kundenergebnisse) [20%] |
| Strategy (Strategie) [8%] | Society Results (Gesellschaftsergebnisse) [6%] |
| Partnerships & Resources (Partnerschaften & Ressourcen) [9%] | Key Results (Schlüsselergebnisse) [15%] |
| Processes, Products & Services (Prozesse, Produkte und Services) [14%] | |

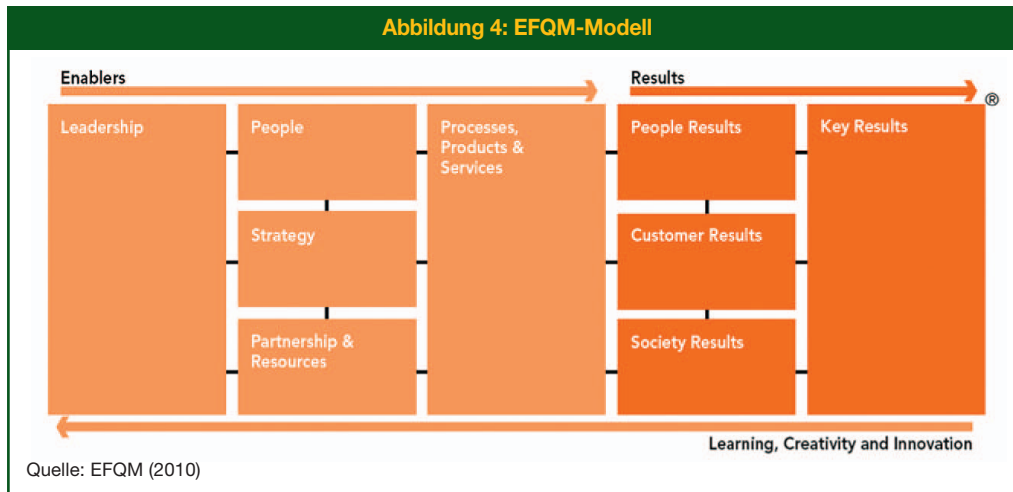
Anmerkung: Werte in eckigen Klammern geben die Gewichtung bei der Punktevergabe des EFQM wieder.

Quelle: EFQM (2010)

„Learning, Creativity and Innovation“ (Lernen, Kreativität und Innovation) schließt sich das EFQM zu einem geschlossenen System kontinuierlicher Qualitätsevaluation und -verbesserung (siehe Abbildung 4). Dieser edukative Ansatz ist auch der Grund für die Schaffung von Vorstufen (*committed to* bzw. *recognised for excellence*) hin zur höchsten Auszeichnung, welche eine Anreizwirkung darstellen sollen.

Ein wichtiger Bestandteil für den Bewertungsprozess des EFQM-Modells ist die sogenannte RADAR-Logik, ein dynamischer Rahmen zur Bewertung von Unternehmensaktivitäten und -ergebnissen, der als Grundlage für die strukturierte Hinterfragung unternehmerischer Performance dienen soll. Die RADAR-Logik setzt sich aus **R**esults (Ergebnisse), **A**pproach (Vorgehensweise), **D**eployment (Umsetzung), **A**ssessment und **R**efinement (Überprüfung und Verbesserung) zusammen, wobei Vorgehensweise, Umsetzung, Überprüfung und Verbesserung zur Bewertung der Enabler-Kriterien herangezogen werden.

Abbildung 4: EFQM-Modell



Da das EFQM-Modell sehr allgemein und breit gehalten ist, kann es in allen Unternehmenssektoren angewandt werden, unabhängig von Größe, Struktur oder Alter der Organisation (Nabitz, Klazinga, Walburg 2000: 192). EFQM-Modelle sind somit auch für die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich adaptierbar. Die regelmäßige systematische Selbstbewertung der Tätigkeiten und erzielten Resultate einer Organisation ist essenziell für die Zielerreichung im EFQM-Modell, da dadurch die Stärken sowie die Verbesserungspotenziale der Organisation erkennbar gemacht werden sollen. Unmittelbar nach Abschluss des Beurteilungsprozesses sollten Verbesserungspläne umgesetzt und deren Fortschritt überwacht werden. Durch zyklische Wiederholung dieser Tätigkeiten soll eine nachhaltige Verbesserung der Strukturen und Prozesse erreicht werden (ÄZQ 2009: 103).

Europäisches Praxisassessment (EPA)

Das Europäische Praxisassessment (EPA) entstand, ausgehend von bereits bestehenden erfolgreichen Qualitätsmanagementsystemen im ambulanten Bereich, im Jahr 2000 in Zusammenarbeit internationaler Experten mit der deutschen Bertelsmann-Stiftung. An der Weiterentwicklung des Systems, beispielsweise im Hinblick auf zu verwendende Indikatoren, waren weitere europäische Institutionen beteiligt, unter anderem auch die Österreichische Ärztekammer. Für die Umsetzung in den einzelnen Ländern sind jeweils nationale Institutionen zuständig, in Österreich beispielsweise das Ärztliche Qualitätszentrum Linz (Ärztliches Qualitätszentrum 2013).

Das EPA ist ein individuell auf die Praxis abgestimmtes QM-System, das auf eine kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet ist, die Praxis also als „lernendes System“ wahrnimmt. Dabei sollen jeweils nur dort Veränderungen vorgenommen werden, wo es für die jeweilige Praxis sinnvoll ist. Zu diesem



Zweck werden eine umfassende Analyse des Ist-Zustandes sowie ein Vergleich mit anderen Praxen vorgenommen. Das EPA wird in mehreren Varianten für praktische Ärzte, medizinische Versorgungszentren und alle Fachgruppen inkl. Zahnärzten und Psychotherapeuten angeboten. Da sich das EPA als Vor-Ort-System versteht, ist der Besuch einer Schulung nicht verpflichtend. Es werden allerdings themenspezifische Workshops angeboten (ÄZQ 2009: 113 ff.).

Im Mittelpunkt des EPA-Systems steht ein Qualitätskreislauf, der sich aus fünf Schritten zusammensetzt:

Abbildung 5: Qualitätskreislauf im EPA-System



1. Vorbereitung: Zu Beginn wird eine praxisinterne Teambesprechung abgehalten, in der mithilfe von vorbereitenden Unterlagen die Ziele und der Ablauf des Assessments erörtert werden.
2. Evaluation: Zur Beurteilung des Ist-Zustandes in der Praxis kommen eine schriftliche Befragung des Arztes (Selbstassessment) und aller anderen Mitarbeiter, eine schriftliche Patientenbefragung sowie eine Praxisbegehung und ein Arztinterview durch einen geschulten Visitor zum Einsatz. EPA-Visitors sind für das Verfahren akkreditierte Personen, die mit dem Handlungsfeld von Praxen und QM vertraut sind.
3. Moderierte Teambesprechung: Der Visitor stellt am Ende des Visitationstages die Ergebnisse der Evaluation dar und moderiert eine Besprechung mit dem gesamten Praxisteam, in der die Ergebnisse reflektiert und Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert werden.
4. Benchmarking: Mithilfe der eigens entwickelten Online-Datenbank Visotool erhält die Praxis Einblick in die eigenen Ergebnisse sowie in die anonymisierten Vergleichswerte aus anderen EPA-Praxen.
5. Eigene Qualitätsprojekte: Mithilfe von seitens des EPA-Systems zur Verfügung gestellten Materialien (z. B. Ablaufbeschreibungen, Checklisten) kann die Praxis Maßnahmen zur Verbesserung der aufgezeigten Schwächen durchführen und den Prozess eventuell nach ein paar Jahren wiederholen (ÄZQ 2009: 114 ff.).

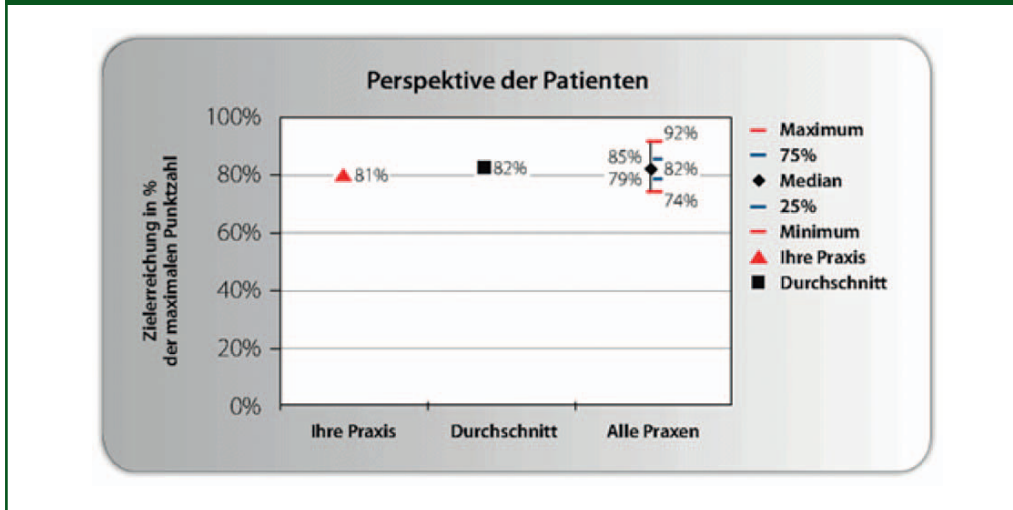
Die Datenbank Visotool stellt ein besonderes Merkmal des EPA-Systems dar. Das Benchmarking erfolgt anhand von fünf Bereichen:

- Menschen
- Finanzen
- Qualität und Sicherheit
- Information
- Infrastruktur

Die Datenbank ermöglicht nicht nur den Vergleich mit nationalen Praxen, sondern auch mit EPA-Praxen aus anderen europäischen Ländern. Dabei bietet die Software unterschiedliche Möglichkeiten zur Darstellung dieser Vergleichsdaten (Ärztliches Qualitätszentrum 2013). Abbildung 6 zeigt ein Beispiel, in dem die Perspektive der Patienten in Bezug zu den Ergebnissen anderer Praxen gesetzt wird. Ähnlich wie bei anderen Qualitätsmanagementsystemen gibt es auch im Rahmen des EPA die Möglichkeit der Zertifizierung. Dazu ist erforderlich, dass die Praxis den gesamten oben beschriebenen Qualitätskreislauf ordnungsgemäß durchläuft. Weiters müssen insgesamt mindestens 50 %, im Bereich Sicherheit 100 % der Indikatoren erfüllt werden (ÄZQ 2009: 116). In Österreich wird das EPA-Zertifikat durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) vergeben. Das Zertifikat ist drei Jahre gültig und kann danach erneuert werden. Für die Rezertifizierung ist als zusätzliches Kriterium die Beschreibung der Umsetzung der Verbesserungspotenziale, die sich im Rahmen der ersten Visitation ergeben haben, erforderlich. In Österreich wurde das EPA-Zertifikat bisher an 35 Ordinationen vergeben, sieben davon haben auch bereits eine Rezertifizierung durchlaufen (Ärztliches Qualitätszentrum, Stand August 2013).



Abbildung 6: Beispiel für grafische Darstellung in der Visotool-Datenbank



Quelle: Ärztliches Qualitätszentrum (2013)

Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)

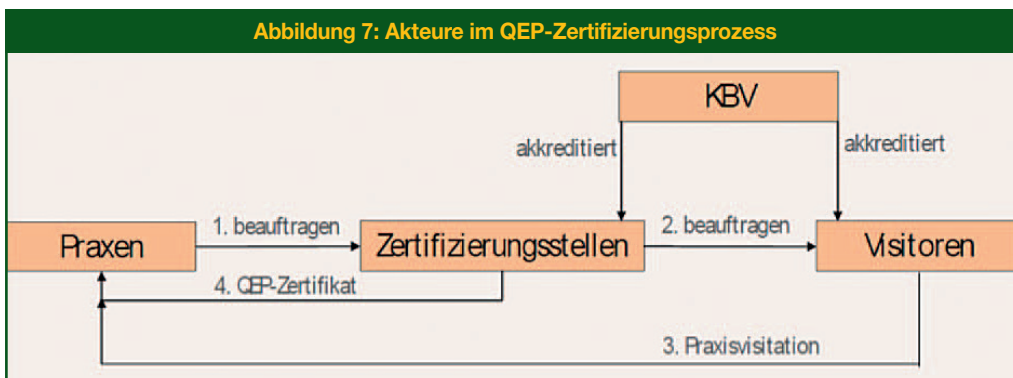
Das QM-Verfahren Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)[®] wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Jahr 2005 in Deutschland eingeführt. Bereits ab 2003 wurden nationale und internationale QM-Konzepte und -Verfahren (u. a. ISO, EFQM, JCAHO, KTQ, KPQM, australisches System für Hausärzte) verglichen und für eine Anwendung speziell für die ambulante Versorgung in Deutschland geprüft. Das Konzept ist daher weitgehend kompatibel mit anderen QM-Verfahren. Aus den Ergebnissen entwickelte sich ein modular aufgebautes und umfassendes QM-Verfahren, welches zunächst in 61 Praxen getestet wurde und extern vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung (IMI) der Universität Tübingen evaluiert wurde. Dabei wurden von Patienten geäußerte Mängel in der Leistungserbringung in Form von Qualitätszielen konkretisiert. Zwei Qualitätskriterien sind zentraler Bestandteil des QEP: einerseits die Patientenversorgung hinsichtlich der Durchführung der Versorgung, des Zugangs zur ambulanten Versorgung, der Patientenunterlagen und der Dokumentation; andererseits Patientenrechte und Patientensicherheit hinsichtlich der Aufklärung und Einwilligung, der Einsichtnahme in Patientenakten, des Risiko- und Fehlermanagements, der Vertraulichkeit und der Schweigepflicht (ÄZQ 2009: 18).

Das QEP-Verfahren ist sowohl für kleinere Praxen als auch für größere Einrichtungen geeignet und zielt auf Praxen aller Fachgruppen im niedergelassenen Bereich ab. Das grundlegende Leitbild besteht aus folgenden Punkten:

- Qualität der Patientenversorgung erhalten oder verbessern
- Patientenzufriedenheit steigern
- Wirtschaftlichkeit durch Effizienz der internen Arbeitsabläufe stärken

Die Basis zur Umsetzung dieser Ziele ist der QEP-Qualitätsziel-Katalog. Der Katalog enthält rund 170 Qualitätsziele aus fünf Themengebieten, davon 63 Kernziele, welche erfüllt werden müssen, um

Abbildung 7: Akteure im QEP-Zertifizierungsprozess



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV 2008)



eine Zertifizierung zu erlangen. Neben den Kernzielen stehen weitere Qualitätspunkte, die zu einem verbesserten Vorgehen in Praxen beitragen sollen, aber nicht für die Zertifizierung erforderlich sind. Ein Vorteil ist, dass die fünf Themengebiete Patientenversorgung, Patientenrechte & Patientensicherheit, Mitarbeiter & Fortbildung, Praxisführung & -organisation und Qualitätsentwicklung indikatoreorientiert sind. Die Qualitätsziele bestehen aus messbaren Zielen, sind prozessorientiert und weitgehend selbsterklärend. Zusätzlich werden Einführungsseminare angeboten und es gibt ein QEP-Manual mit Umsetzungsvorschlägen, Beispielen anderer Praxen, Hinweisen auf Rechtsgrundlagen und Musterdokumente, was eine möglichst einfache Umsetzung gewährleisten soll.

In Abbildung 7 sind die beteiligten Parteien und der schematische Ablauf dargestellt. Die Überprüfung selbst besteht aus einer formalen Dokumentenprüfung durch die Zertifizierungsstellen, einer inhaltlichen Dokumentenprüfung durch einen QEP-Visitor und einer Praxisvisitation eines solchen. Hierbei tragen die akkreditierten Zertifizierungsstellen sowohl die Rolle der Prüfinstanz als auch die des Dienstleisters und Hilfestellers.

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)²⁵

Die KTQ-Zertifizierung ist das Zertifizierungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), einer Gesellschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesärztekammern, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegeverbands und des Hartmannbundes. Das Verfahren zielt auf den Aufbau und die Verbesserung eines internen Qualitätsmanagementsystems in medizinischen Organisationen ab und findet sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Sektor Anwendung. Eine besondere Eigenschaft des Verfahrens ist, dass es den in Deutschland geltenden gesetzlichen Ansprüchen genügt bzw. diese einbindet. In Deutschland sind Vertragsärzte sowie MVZ und Krankenhäuser nach § 135a SGB V verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und ein internes QM in der eigenen Praxis einzuführen. Das KTQ-Verfahren wurde hinsichtlich dieser Anforderung geschaffen und genügt allen gesetzlichen Vorgaben. Bei der Entwicklung des Zertifizierungsverfahrens wurden internationale Verfahren berücksichtigt, wie zum Beispiel die zuvor genannte DIN ISO EN 9001:2000 und EFQM. Eine Zertifizierung ist in der deutschen vertragsärztlichen Versorgung nicht verpflichtend.

Das KTQ-Verfahren basiert primär auf der Untersuchung von Prozessabläufen, Tätigkeiten und Rahmenbedingungen in Praxen (oder Krankenhäusern) anhand der Beantwortung von Fragen eines korrespondierenden Bewertungskataloges, ohne berufspolitische Motive (z. B. Kassenzertypus) oder eine bestimmte medizinische Orientierung der Praxis (fachärztlich oder allgemeinmedizinisch) zu verfolgen. Durch die Beschreibung der Prozessabläufe gibt es keine einheitlichen QM-Standards bzw. kommen keine konkreten Qualitätsindikatoren zur Anwendung. Infolge der Bewertung, an der auch Visitoren der KTQ beteiligt sind, kann jede Praxis eine individuelle Lösung entwickeln, mit der die angestrebten Ziele erreicht werden können. Die durch KTQ entwickelten QM-Systeme sollen vordergründig der langfristigen Prozessoptimierung von Behandlungen dienen. Praxen, die bereits ein QM System implementiert haben, können das KTQ-Verfahren hingegen dazu verwenden, die Effizienz des bestehenden Systems auszutesten. KTQ stellt somit ein umfassendes und praxisspezifisches Verfahren dar, das sich speziell durch seine leichte Handhabbarkeit auszeichnet (KVNo 2008).

Die Kriterien zu Qualitätssicherung werden in den jeweiligen KTQ-Katalogen²⁶ (z. B. für den niedergelassenen Bereich) dargestellt. Der Katalog für den niedergelassenen Bereich umfasst 252 Fragen, deren Beantwortung die Grundlage für die Bewertung des QM-Systems ist. Der Katalog ist in die Kategorien

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Kommunikations- und Informationswesen
- Führung
- Qualitätsmanagement

gegliedert, die wiederum in 44 Kriterien unterteilt sind. 24 dieser Kriterien können mittels einer Checkliste abgefragt werden, die restlichen 20 unterteilen sich in detaillierte Unterfragen. Ein wich-

²⁵ <http://www.ktq.de>

²⁶ Die Kataloge sind so wie KTQ-Manuals auf der KTQ-Homepage erhältlich.





tiger Bestandteil der Bewertung ist der Deming'sche PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act), in dessen Zuge jede QM-Maßnahme kreislaufmäßig überprüft und weiterentwickelt wird, wodurch eine kontinuierliche Verbesserung erreicht werden soll.

Durch die Anwendung dieser Kriterien soll eine systematische, transparente und nachvollziehbare Qualitätsbewertung ermöglicht werden, wobei KTQ hier auf eine Kombination aus Selbst- und Fremdbewertung setzt. An erster Stelle steht eine strukturierte Selbstbewertung der jeweiligen medizinischen Einrichtung, welche hauptsächlich Problembereiche aufzeigen soll, in denen Verbesserungen nötig sind, um eine KTQ-Zertifizierung zu erreichen. Die Selbstbewertung ist wiederum die Grundlage für die Fremdbewertung durch KTQ-Visitoren, die für die endgültige Verleihung des Zertifikats²⁷ ausschlaggebend ist. Als KTQ-Visitoren treten ausschließlich medizinische Fachangestellte, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in Leitungsfunktion und mit Erfahrung im Qualitätsmanagement auf.

KPQM-Zertifizierung

Das KPQM-Modell wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung im deutschen Westfalen-Lippe (KVWL) auf der gesetzlichen Grundlage der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses unter dem Titel KPQM2006 entwickelt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo) hat sich dem Modell angeschlossen und bietet es unter dem Namen qu.no an. Die beiden Systeme sehen eine leicht zu erlernende und ressourcenschonende Umsetzung der Anforderungen der QM-Richtlinie sowie die freiwillige Zertifizierung mit dem KPQM2006- bzw. qu.no-Zertifikat vor. Dabei wird auf bereits bestehende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsmerkmale Rücksicht genommen (ÄZQ 2009: 111). Zielgruppe der KPQM-Zertifizierung sind Praxen aller Fachgruppen, inklusive psychotherapeutischer Praxen. Die zentralen Charakteristika des Verfahrens sind ein modularer Aufbau, die praxisspezifische Ausgestaltung, Prozessorientierung, relativ schnelle Umsetzbarkeit sowie die Weiterentwicklungsfähigkeit. Dadurch kann die KPQM-Zertifizierung als Einstieg in ein umfassenderes Qualitätsmanagementsystem verwendet werden (KVNo 2008).

Das KPQM-System orientiert sich in seinen Qualitätszielen und Pflichtprozessen an jenen des QEP-Qualitätsziel-Katalogs. Der im Rahmen einer optionalen Zertifizierung anzufertigende Qualitätsbericht muss dabei zumindest folgende Punkte beinhalten:

1. Beschreibung der Praxisstruktur in Form von Selbstdarstellung und eines Organigramms
2. Beschreibung der Grundsätze der Qualitätspolitik der Praxis inklusive Formulierung von grundlegenden, allgemeinen (strategischen) Qualitätszielen
3. Nachweis des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses: jährliche Formulierung von konkreten, operativen Einzel-Qualitätszielen und -indikatoren, jährliche Rückschau unter Berücksichtigung von Patientenbefragungen, gegebenenfalls Änderungsmaßnahmen
4. Darstellung von insgesamt mindestens zehn Praxisprozessen, dabei zumindest je ein Prozess aus folgenden Bereichen:
 - Patienten (hier verpflichtend: Notfallmanagement)
 - Mitarbeiter/Personalführung (hier verpflichtend: regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen)
 - Allgemeines Praxismanagement/Administration (hier verpflichtend: Beschwerdemanagement und Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung)

Die Darstellung dieser Prozesse muss in Form von Arbeitsanweisungen und Flowcharts erfolgen (ÄZQ 2009: 111 f.).

Für die Zertifizierung einer Praxis ist neben diesem Qualitätsbericht außerdem ein „lernendes Audit“ notwendig, also ein kollegiales Gespräch vor Ort. Bei den Auditoren handelt es sich um Ärzte, die durch die Kassenärztliche Vereinigung akkreditiert werden und mit spezieller Qualitätsmanagement- und Zertifizierungskompetenz ausgestattet sind. Die abschließende Entscheidung über die Vergabe des Zertifikats liegt schließlich bei der jeweiligen von der KVWL bzw. der KVNo akkreditierten Zertifizierungsstelle (KVNo 2008). Für die Rezertifizierung nach Ablauf der dreijährigen Gültigkeit sind einige zusätzlich Anforderungen vorgesehen, z. B. mindestens fünf geänderte oder neue Prozesse, Beurteilung der Zielerreichung von mindestens zwei Qualitätszielen pro Jahr sowie Aufzeichnungen zu mindestens zwei Verlaufsindikatoren.²⁸

Um die Praxen beim Qualitätsmanagement zu unterstützen bietet das KPQM-Verfahren einerseits

27 Ein KTQ-Zertifikat ist drei Jahre gültig und kann durch eine Rezertifizierung erneuert werden.

28 Website der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe: Qualitätsmanagement.
<http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/struktur/qm/index.htm> [abgerufen am 13.11.2013].



ein Einführungshandbuch und andererseits systemspezifische Schulungen im Ausmaß von zwölf Stunden an. Das qu.no- bzw. KPQM2006-Einführungshandbuch beinhaltet eine Kurzeinführung zu Qualitätsmanagement, modellhafte Muster für die Prozessbeschreibung mit Flowcharts sowie exemplarische Arbeits- und Verfahrensweisungen (KVNo 2008).

Wie von der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen, wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätsmanagement-Kommissionen eingerichtet, welche den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements in den Praxen bewerten sollen. In Westfalen-Lippe setzt sich die Kommission beispielsweise aus zwei Hausärzten, drei Fachärzten, einer Psychotherapeutin sowie einem Vertreter der Krankenkassen zusammen. Die Ergebnisse aus den einzelnen Regionen werden schließlich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt und von dieser in einem bundesweiten Bericht zusammengefasst.²⁹

Externe Qualitätssicherung in der Medizin (EQUAM)

Das QM-System der schweizerischen EQUAM-Stiftung (Externe Qualitätssicherung in der Medizin) wurde von niedergelassenen Ärzten in Zusammenarbeit mit dem deutschen AQUA-Institut (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH), QM-Spezialisten und medizinischen Praxisassistenten erarbeitet und befindet sich in seiner jetzigen Form seit 1999 im Einsatz. Das QM-Verfahren ist in drei Module gegliedert, die zum Teil aus anderen QM-Systemen abgeleitet, aber zum Teil auch eigens von der Stiftung entwickelt wurden. Modul A befasst sich mit den Basisindikatoren, die aus dem EPA (European Practice Assessment) übernommen wurden. Das in Eigenentwicklung entstandene Modul B umfasst Indikatoren bzw. Standards für Ärztenetze und angeschlossene Praxen, und in Modul C finden sich Indikatoren bzw. Standards zu Performance- und Outcomequalität, die wiederum aus den Qualitätsindikatoren der AOK und des AQUA-Institutes hergeleitet wurden. Zurzeit besitzen circa 250 Praxen und 400 Ärzte eine EQUAM-Zertifizierung.

Das QM-Verfahren zielt darauf ab, alle Praxisbereiche zu durchleuchten, was durch SelbstdeklARATION, die Befragung von Mitarbeitern, Zuweisern und Patienten bzw. durch Audits, die vor Ort in den Praxen durchgeführt werden, ermöglicht werden soll. Dadurch soll ein auf dem Deming'schen PDCA-Zyklus basierender Qualitätsverbesserungsprozess gestartet werden, mit dem Ziel, eine Zertifizierung zu erreichen. Ein wichtiger Baustein des QM-Verfahrens sind Indikatoren. Diese gibt es einerseits für Prozesse der integrierten Versorgung und andererseits für die Ergebnis- und Indikationsqualität. Darüber hinaus finden auch die Indikatoren des EPA für Infrastruktur, Perspektive der Mitarbeiter, Zuweiser und Patienten, Informationen, Finanzen, Qualität und Sicherheit Anwendung. Durch den Einsatz von Indikatoren liegt eine Stärke des QM-Verfahrens in der Verfügbarkeit von messbaren Kriterien, anhand derer ein Benchmarking – interne Transparenz zum Vergleich mit anderen beteiligten Ärzten – möglich ist.

Die Audits werden durch geschulte Auditoren in den Praxen durchgeführt, die Zertifizierung erfolgt durch die EQUAM-Stiftung, die eine gemäß EN ISO 17021³⁰ akkreditierte Zertifizierungsstelle ist, die durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle des Bundes (SAS) geprüft ist. Für die Verleihung des Zertifikats müssen die postulierten Minimalanforderungen von der jeweiligen Praxis erfüllt werden, worunter die Formulierung von Zielen, aber auch deren konsequente Umsetzung fällt. Ein Zertifikat ist drei Jahre gültig.

Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)

Ein wichtiges QM-Zertifikat für zahlreiche medizinische Unternehmungen in den Niederlanden stellt das Zertifikat der Stiftung für Harmonisierung der Qualität im Gesundheitswesen (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector – HKZ) dar. Auf den ISO-9001:2000-Normen aufbauend beinhaltet das HKZ-Zertifikat einige Erweiterungen, um branchenspezifischen Anforderungen gerecht zu werden. Die Beurteilung des QM der jeweiligen Praxis und die Vergabe des Zertifikats erfolgen durch unabhängige Zertifizierungsstellen, die durch den Rat für Akkreditierungen (Raad voor Accreditatie – RvA) bestellt werden und mit der HKZ in einem Vertragsverhältnis stehen. Voraussetzung für den Erhalt des Zertifikats ist die Erreichung der von der HKZ festgelegten Standards, die hauptsächlich aus der Patientenperspektive formuliert sind. Primäres Ziel ist dabei die Etablierung eines systematischen Erkennens und Korrigierens von Fehlern in den praxisinternen Prozessen durch stärkere Einbindung der Mitarbeiter. Insofern wird durch HKZ nicht ein einheitliches QM-System für alle Praxen angestrebt, sondern vielmehr versucht, eine Harmonisierung der individuellen QM-Systeme zu erreichen und ein

²⁹ Siehe Fußnote 28.

³⁰ Anforderungen an Stellen, die Managementsysteme auditieren und zertifizieren (ISO/IEC 17021:2011).





externes Peer Review sicherzustellen. Die Zertifizierung ist für drei Jahre gültig, danach kann von der Praxis eine Rezertifizierung angestrebt werden.³¹

Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

Seit 2005 befasst sich die Hohe Behörde für Gesundheit (Haute Autorité de Santé – HAS) in Frankreich mit der externen Qualitätssicherung im medizinischen Bereich. Die HAS ist eine eigenständige Agentur unter der Generaldirektion des französischen Gesundheits- und Sozialministeriums, die 2004 ins Leben gerufen wurde. Zu den Aufgaben zählen die Bewertung medizinischer Maßnahmen und Produkte sowie die Zertifizierung aller medizinischen Einrichtungen. Die Form der Zertifizierung ähnelt hierbei der Joint Commission in den USA. Grundlage für die Zertifizierung stellt ein Manual dar, das über die Jahre bereits mehrmals überarbeitet wurde (Czypionka et al. 2011: 8).

2003 wurde das Projekt EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) zunächst testweise in vier Regionen Frankreichs auf freiwilliger Basis eingeführt, bevor es 2004 frankreichweit verpflichtend wurde. Bei EPP handelt es sich um eine Form der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich, die sich einerseits aus einer laufenden Selbstbewertung der Praxisinhaber und andererseits aus einer externen Bewertung durch speziell zu Evaluatoren ausgebildete Mediziner zusammensetzt. Die Zertifizierung muss dabei nicht zwingend durch die HAS selbst erfolgen, da ab 2004 begonnen wurde, auch andere Organisationen für die Zertifizierung zu akkreditieren, um der gewachsenen Nachfrage nachzukommen. Die Themen für die Evaluation werden von den Praxen je nach Häufigkeit des Vorkommens, der Schwere und den Verbesserungspotenzialen selbst gewählt. Die Qualitätsziele werden wiederum nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen festgelegt, auf deren Basis dann ein Zeit- und Aktionsplan erstellt wird. Die Fortschritte in der Umsetzung können dann durch die zeitlich festgelegten Meilensteine kontrolliert werden. Bei einem zufriedenstellenden Ergebnis und nach Erreichung einer gesetzlich vorgeschriebenen Mindestpunktzahl bei den Weiterbildungen wird ein Zertifikat ausgestellt, das alle fünf Jahre durch eine Rezertifizierung erneuert werden muss (Czypionka et al. 2011: 9).

Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Der Vertrag zur Verbesserung in Einzelpraxen (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles – CAPI) wurde im Jahr 2009 von der französischen nationalen Krankenversicherungsorganisation für Angestellte (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés – CNAMTS) eingeführt. Es handelt sich dabei um ein System, das praktischen Ärzten (monetäre) Anreize zur Qualitätsverbesserung ihrer Leistungen bieten soll und sich auf folgende Zielsetzungen stützt:

- Verbesserte Prävention (z. B. Grippeimpfungen)
- Monitoring und Kontrolle von Risikofaktoren (z. B. für Diabetes)
- Verbesserte Gesundheitsergebnisse (z. B. für Bluthochdruck)
- Einschränkung von nutzlosen und potenziell schädlichen Verschreibungen
- Ausgabenkontrolle (z. B. Generika)

Das CAPI-System hatte ursprünglich zwei Dimensionen: einerseits Behandlung von chronischen Erkrankungen und Prävention, andererseits die Optimierung von Medikamentenverschreibungen. Diese unterteilten sich in 16 Indikatoren, die – neben der Anzahl der behandelten Patienten – zur Berechnung eines finanziellen Bonus für die Praxis herangezogen wurden (Elovainio 2010: 17 f.). Im Jahr 2012 wurde im Rahmen einer Reform des Vertrags eine dritte Dimension hinzugefügt, jene der Verwaltung (z. B. elektronische Patientenakte). Die Anzahl der Indikatoren wurde von 16 auf 29 erhöht (Beispiele für Indikatoren: Anzahl an Grippeimpfungen, Dauer der Verschreibung von Benzodiazepinen, Cholesterinwerte von Diabetespatienten, Anteil von Generika an Verschreibungen). Der Bereich der chronischen Erkrankungen und der Prävention geht mit maximal 500 Punkten in die Berechnungen ein, die anderen beiden Bereiche mit jeweils 400 Punkten, wobei pro Punkt 7 Euro verdient werden können, wenn mindestens 800 Patienten bei der Praxis registriert sind. Bei der Errechnung der Punkte wird sowohl das absolute Leistungsniveau als auch die Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr berücksichtigt. Insgesamt können somit 9100 Euro an Bonuszahlungen erreicht werden, der erwartete Durchschnitt liegt bei 4500 Euro (Durand-Zaleski 2012).

Das Unterschreiben des Vertrags erfolgt freiwillig. Bis zum Jahr 2012 haben sich bereits über 16.000 Ärzte (das entspricht etwa 38 % der praktischen Ärzte in Frankreich) an dem Programm beteiligt, 70 %

31 Für eine allgemeine primäre Qualitätssicherung in den Niederlanden ist neben dem Gesundheitsministerium das von diesem unabhängige Inspektorat für das Gesundheitswesen verantwortlich (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 und auch für Gesundheitseinrichtungen beratend tätig.



haben Bonuszahlungen erhalten. Im ersten Jahr des Programms lag der Durchschnitt dieser Zahlungen bereits bei 3100 Euro. Der Erfolg des Programms variiert je nach Ziel: In Bezug auf die Verschreibung von Generika ist man beispielsweise noch weit von der angestrebten Marke entfernt, bei Grippeimpfungen und Brustkrebscreenings liegen die Zahlen hingegen schon relativ nah an den gesetzten Zielen (Durand-Zaleski 2012).

Nach Einführung des CAPI wurden von mehreren Seiten ethische Bedenken an dem Programm geäußert, beispielsweise vonseiten des nationalen Ärzteverbands (Ordre National des Médecins). Saint-Lary et al. (2012) führten in diesem Zusammenhang eine Studie durch, für die sowohl an dem Programm beteiligte als auch nicht beteiligte Ärzte interviewt wurden. Dabei zeigte sich, dass in beiden Gruppen gewisse Bedenken bestehen. Diese beziehen sich unter anderem auf die Gefahr, dass sich die extrinsische Motivation in Form von finanziellen Anreizen negativ auf die intrinsische Motivation der Ärzte auswirken könnte.

Care Quality Commission (CQC)

Seit April 2009 ist die Care Quality Commission (CQC) als unabhängige und sektorenübergreifende Institution für die Bewertung von Leistungserbringern im englischen Gesundheitswesen zuständig.³² Die CQC ist eine öffentliche, unabhängige Einrichtung, die zwar einen Großteil der finanziellen Mittel von diversen Ministerien bezieht, aber keinem Ministerium unterstellt ist. Gemäß dem auf dem Health and Social Care Act sind seit dem 1. Oktober 2010 alle Gesundheitsdienstleister bzw. Versorgungsanbieter im Gesundheits- und Sozialbereich in England dazu 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 über persönliche Visitationen, insbesondere aber auch durch Feedback von Patienten kontrolliert und mitbestimmt. Bei den Inspektionen werden Patienten- und Mitarbeitergespräche geführt, eine System- und Prozessanalyse durchgeführt und die Leistungserbringung auf die Einhaltung nationaler Normen im Gesundheitswesen überprüft. Im Gegensatz zu früher soll weniger direkt auf System- oder Prozessqualität abgestellt werden, sondern die tatsächliche, von Patienten wahrgenommene Betreuungsqualität in den Mittelpunkt rücken. 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.

Abbildung 8: Beispielhafte Bewertung der Care Quality Commission (CQC)

See key to icons ✓ ✗ ✖ ✖ ☰ List view 📍 Map view

Children's Immunisation Centre Limited- Immunisation and Medical Centre (0.2 miles away)

15 St John Street, Manchester, Lancashire, M3 4DZ (0161) 244 9939
Provided by: Children's Immunisation Centre Limited

Doctor/GP and Care in your home

Specialisms/services

- Diagnostic and/or screening services
- Services for everyone

CQC checks (Latest report published on 12 September 2013)

- ✗ Treating people with respect and involving them in their care
- ✗ Providing care, treatment & support that meets people's needs
- ✖ Caring for people safely & protecting them from harm
- ✖ Staffing
- ✓ Management

Full details | Tell us your experience | Email alert sign-up

Quelle: Care Quality Commission³³

32 Damit übernimmt die CQC gleichzeitig auch die Arbeit der Healthcare Commission, Commission for Social Care Inspection und der Mental Health Act Commission.

33 <http://www.cqc.org.uk/> [abgerufen am 04.11.2013].





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.³⁴ Abbildung 8 zeigt beispielhaft eine solche Qualitätsbewertung durch die Care Quality Commission.

Für die Bewertung werden einfache und leicht verständliche Icons verwendet, denen folgende Bedeutung zukommt.

- ✓ Alle Anforderungen wurden bei der letzten CQC-Inspektion erfüllt. Sollte seit der Registrierung durch CQC keine Inspektion durchgeführt worden sein, beruht die Bewertung auf einer CQC-Bewertung von Angaben bzw. auf durch den Leistungserbringer erbrachten Beweisen.
- ✗ Mindestens eine Anforderung an das Qualitätskriterium konnte bei der letzten CQC-Inspektion nicht erfüllt werden – Nachholbedarf wurde gefordert.
- ✘ Mindestens eine Anforderung an das Qualitätskriterium konnte bei der letzten CQC-Inspektion nicht erfüllt werden – Sanktionen wurden verhängt. Sanktionen können den Umständen entsprechend sehr unterschiedlich ausfallen – dabei wird auch mit lokalen (Aufsichts-)Behörden oder der Polizei zusammengearbeitet – und reichen von Leistungseinschränkungen über Bußgeldverhängung und Zutrittsbeschränkung bis hin zur Strafverfolgung.

NHS Choices

Das NHS Choices ist eines der größten und weitgefasstesten Informationsportale im englischsprachigen Raum.³⁵ NHS Choices kann als ganzheitlicher Versuch gewertet werden, unter Berücksichtigung aller Stakeholder die Performanz im Gesundheitswesen anhand von definierten Qualitätskriterien zu verbessern. Dabei werden umfangreiche evidenzbasierte Informationen über die Versorgungsqualität der Arztpraxen veröffentlicht, die erstens im Rahmen eines akkreditierten Qualitätsmanagements erhoben worden sind, zweitens auf repräsentativen Patientenbefragungen basieren und drittens Registerdaten (Administrativdaten) miteinbeziehen. Hauptquellen für die Informationen sind neben der bereits beschriebenen Care Quality Commission (CQC) das NHS Evidence – ein Leitlinien-Clearinghouse; ehemals National Library for Health – und das Health and Social Care Information Centre (HSCIC).

Abbildung 9: Beispielhafte Bewertung des NHS Choices

| Topics Key Facts | NHS Choices users rating | Registered patients | Patient survey overall score | Electronic prescription service | Accepting patients | Online appointment booking | Order or view repeat prescriptions online |
|--|--------------------------------|---------------------|--|---------------------------------|---|---|---|
| Sort by Nearest Update results | | | | | | | |
| SINHA G Remove | | | | | | | |
| Tel: 01727 853079 61 Hatfield Road St Albans Herts AL1 3JE 2.19 miles away Get directions | 4 ratings Rate it yourself | 3,885 patients | OK Average with a rate of 83% | NO | YES Currently accepting new patients | NO Online appointment booking is not yet available | NO Viewing or ordering prescriptions online is not yet available |
| The Maltings Surgery Remove | | | | | | | |
| Tel: 01727 855500 8-14 Victoria Street St Albans Hertfordshire AL1 3JB 2.61 miles away Get directions | 14 ratings Rate it yourself | 17,984 patients | Worse than average with a rate of 75% | NO | YES Currently accepting new patients | YES Online appointment booking is available | YES Viewing or ordering prescriptions online is available |
| Midway Surgery Remove | | | | | | | |
| Tel: 01727 832125 93 Watford Road St Albans Herts AL2 3JX 2.63 miles away Get directions | 4 ratings Rate it yourself | 12,015 patients | Better than average with a rate of 88% | NO | YES Currently accepting new patients | YES Online appointment booking is available | YES Viewing or ordering prescriptions online is |

Quelle: NHS Choices.³⁶

34 Festgehalten im CQC-Strategiepapier für 2010-2015:
<http://www.cqc.org.uk/content/cqc-strategy-2010%E2%80%932015-large-print-summary>

35 <http://www.nhs.uk>

36 <http://www.nhs.uk/Service-Search/GP/London-Colney/Results/4/-0.297/51.724/4/13139?distance=25> [abgerufen am 04.11.2013].



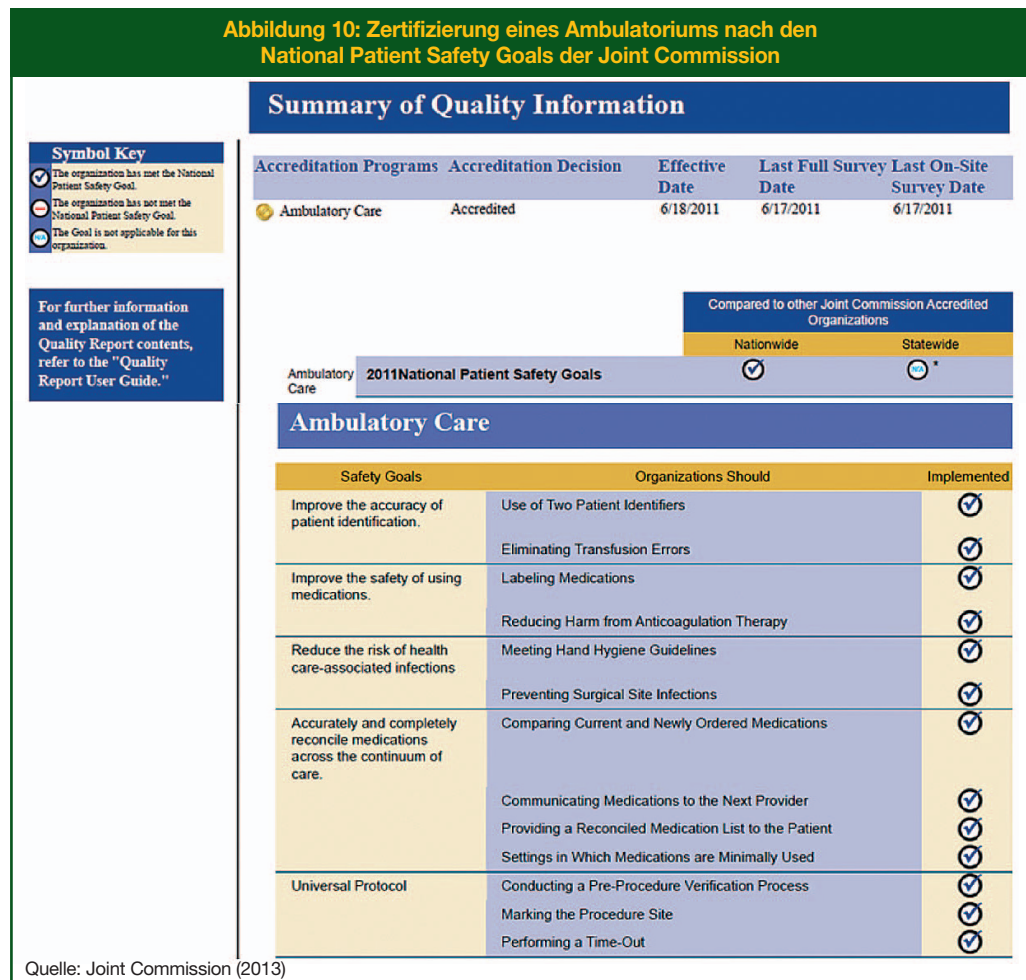


Auf dem Portal NHS Choices können Patienten ebenso wie auf anderen Portalen einzelne Praxen bewerten. Diese subjektiven Einschätzungen sind – unter anderem aufgrund der geringen Feedbackanzahl – jedoch weitgehend nicht repräsentativ. Allerdings sind neben den Feedbackkommentaren im NHS-Choices-System noch etliche andere, valide Informationen über die jeweilige Arztpraxis zu finden.

Joint Commission

Die Joint Commission ist eine unabhängige Non-Profit-Organisation, die mehr als 20.000 Leistungserbringer und Programme im Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten bewertet. Mit der Verpflichtung zur Erfüllung bestimmter Leistungsanforderungen erlangen Gesundheitseinrichtungen und Programme die Zertifizierung der Joint Commission (Gold Seal of Approval™ genannt), welche bundesweit als Symbol für Qualität anerkannt ist.

Zur Erlangung der Zertifizierung werden Visitoren der Joint Commission entsandt, die Interviews mit dem Personal und den Patienten führen, interne Aufzeichnungen überprüfen und eine Prozessanalyse



durchführen. Die Ergebnisse aller Praxen werden von der Joint Commission miteinander ins Verhältnis gesetzt und daraus wird ein Mindeststandard als Grenzwert (Benchmark) festgelegt. Zur Erlangung des Gold Seal of Approval müssen alle Anforderungen erfüllt und der Mindestgrenzwert übertroffen werden. Die Leistung der Praxen anhand dieses Qualitätsprüfungsverfahrens wird auf einer laufenden Basis überwacht und das Ergebnis der letzten Prüfung ausgewiesen. Dabei wird ausschließlich ersichtlich, ob der festgelegte Standard im nationalen Vergleich erreicht wurde oder nicht, eine Reihung mit Platzierungsangabe wird nicht vorgenommen (siehe Beispiel Abbildung 10).³⁷

Die Joint Commission legt Leistungserwartungen dar, die sich an die Patientensicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung richten. Das sind patientenrelevante Versorgungsaspekte, von denen

³⁷ Das Bewertungssystem für den stationären Bereich bietet mehr Bewertungsinformationen. Das Ergebnis der Anstalt wird anhand eines Qualitätsreifeungsgrades in Prozent angegeben. Gleichzeitig wird das Ergebnis der besten 10 % in einem Leistungsbereich – konkret das 9. Dezil – auf Landes- wie auf Bundesebene, als Vergleich ausgewiesen.





seitens der Joint Commission angenommen wird, dass sie zu einem guten Outcome führen. Zu diesen zählen im Speziellen:

- Verabreichung von Medikamenten
- Auswertung und entsprechende Behandlung von Schmerzen
- Ausreichende Personalausstattung und Ausbildung des Personals
- Infektionsschutz

Die Joint Commission weist eindrücklich darauf hin, dass die Informationen nur als Ergänzung bei der Wahl des Leistungserbringers herangezogen werden sollen. Die Zertifizierung gebe Auskunft über Aspekte der Qualität einzelner Leistungserbringer und würde eine Entscheidungshilfe bei der Suche nach der persönlich notwendigen Versorgung bilden (Joint Commission 2013).

Die Joint Commission stellt ihre Leistungen auch international zur Verfügung. Als erstes Akutkrankenhaus in Österreich wurde das LKH Villach 2003 nach den internationalen Qualitätsstandards der Joint Commission International akkreditiert.³⁸

HEDIS/Quality Compass

Das Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) des National Committee for Quality Assurance (NCQA), einer privaten Non-Profit-Organisation zur Verbesserung der Versorgungsqualität im amerikanischen Gesundheitswesen, ist ein öffentliches Benchmarking von Leistungserbringern. HEDIS basiert auf einem Punktevergabesystem nach acht Dimensionen bzw. 75 Kriterien. Da die Krankenversicherung in Amerika meist über den Arbeitgeber abgeschlossen wird, hat dieser als Nachfrager neben dem Versicherten bzw. Patienten ebenfalls einen Informationsbedarf. Laut NCQA nutzen 90 % der amerikanischen Health Plans (Krankenkassenleistungen des Arbeitgebers) HEDIS zur Leistungsbeurteilung und zum Qualitätsvergleich von Anbietern im Gesundheitswesen.³⁹ Zur Veröffentlichung der Informationen bedient sich HEDIS mehrerer Kanäle, wobei das Internetportal Quality Compass eine Hauptquelle darstellt. Dieses bildet ein einfaches Werkzeug zur Auswahl von Gesundheitsplänen und zum Vergleich von Leistungserbringern (auch anhand von Längsschnittdaten).⁴⁰

Informationsregister und Clearinghouses

Der Begriff Clearinghouse stammt aus dem Finanzbereich und benennt eine Institution, die bei der Abwicklung von Wertpapiergeschäften Forderungen und Verbindlichkeiten zwischen zwei Vertragspartnern feststellt. Clearingverfahren (Clearinghouses) sind Register oder Berichte, die häufig methodische oder inhaltliche Bewertungen enthalten. Im Gesundheitswesen existieren Clearingstellen als Suchhilfen durch die Aufarbeitung von Informationen und (Internet-)Quellen über Leitlinien, Indikatoren oder die Qualität von Leistungserbringern. Neben einer einfachen Auflistung ermöglichen Clearinghouses vielfach eine Filter- oder Spezialsuche – etwa nach Erkrankungen oder Fachgruppen – und bedienen sich der Zertifizierung und des Benchmarkings zur Transparenzsteigerung. Internationale Beispiele von Clearingstellen sind:

● **IQWiG-Clearing:**⁴¹ Das IQWiG entwickelt Leitlinienberichte für verschiedene Indikationsgebiete sowie evidenzbasierte Gutachten zu Arzneimitteln, Operationsmethoden, Screeningverfahren, und Disease-Management-Programmen. Evidenzbasierte Leitlinien werden recherchiert, ihre Empfehlungen analysiert und zu „Kernaussagen“ zusammengefasst.

● **ÄZQ-Clearing:**⁴² Das ÄZQ war von 1999 bis 2005 mit dem Deutschen Leitlinien-Clearingverfahren beauftragt. Aktuell sind Ergebnisse der Qualitätsbewertung nach dem Deutschen Leitlinien-Bewertungs-Instrument (DELBI) des ÄZQ über artzbibliothek.de zugänglich. DELBI legt Kriterien, die hochwertige internationale Leitlinien erfüllen sollen, anhand einer kommentierten Checkliste fest und unterstützt damit Anwender bei der Einschätzung und Bewertung von Leitlinien.⁴³

In Deutschland existiert auch ein ÄZQ-Katalog (im Auftrag der Bundesärztekammer und der KBV) mit Anforderungen für ein verlässliches Arztbewertungsportal, welcher anhand einer Checkliste für Patienten die Qualität von Arztbewertungsportalen und Clearinghäusern überprüfen

38 <http://www.lkh-vil.or.at/952.html> [abgerufen am 25.11.2013].

39 <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/WhatIsHEDIS.aspx> [abgerufen am 26.01.2013].

40 <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/QualityMeasurementProducts/QualityCompass.aspx> [abgerufen am 26.11.2013].

41 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: <https://www.iqwig.de/>

42 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: <http://www.aezq.de/>

43 Weitere Herausgeber ärztlicher Leitlinien in Deutschland sind:

<http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html> (AWMF) [abgerufen am 03.12.2013]

<http://www.versorgungsleitlinien.de> (BÄK, KBV, AWMF)

<http://www.baek.de> (Bundesärztekammer)

<http://www.akdae.de> (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft)

<http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/index/view> (Kliniken- und Praxisverbände)



soll.⁴⁴ Dieser Anforderungskatalog umfasst 42 Kriterien mit den folgenden sechs Themenbereichen: gesetzliche Vorgaben, Transparenz, Datenschutz, Bewertungsverfahren und Ergebnisdarstellung, Nutzerfreundlichkeit und Maßnahmen gegen Missbrauch sowie Manipulation.

- **Quinth:**⁴⁵ Das Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) hat im Auftrag des GKV-Spitzenverbands eine quellen- und sektorenübergreifende Indikatoren Datenbank namens Quinth (Qualitätsindikatorenthesaurus) geschaffen. Diese gibt einen Überblick über die im deutschsprachigen Raum von verschiedenen Autoren und Institutionen entwickelten Qualitätsindikatoren für die Gesundheitsversorgung. Zu jedem Indikator sind dazu, soweit möglich, relevante Informationen wie die Quelle, die Berechnung des Indikators, Angaben zur Validität und Reliabilität, zur Verwendung des Indikators, zum Einsatzgebiet und vieles mehr erfasst.
- **QiSA:**⁴⁶ Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA) geht aus der Kooperation zwischen AOK-Bundesverband und dem AUQA-Institut⁴⁷ hervor und bildet ein Indikatorensystem ausschließlich für den ambulanten Bereich. Dabei werden sowohl Aspekte der Grundversorgung als auch Themen der Spezialversorgung betrachtet, basierend auf evidenzbasierter Herleitung aus Erfahrungen praktischer Anwendungen im In- und Ausland (beispielsweise in Ärztenetzen), sowie Praxis-, Arzneimittel- und klinische Daten. QiSA umfasst mittlerweile 13 Bände, darunter etwa Bluthochdruck, Depressionen, Pharmakotherapie oder Krebsfrüherkennung.
- **Leitlinien-Glossar:**⁴⁸ Das Leitlinien-Glossar ist eine kommentierte Stichwortsammlung zu Entwicklung und Nutzung medizinischer Leitlinien. Es wird von der deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) herausgegeben und ist abrufbar unter leitlinien.de, dem Leitlinien-Informations- und -Recherchedienst des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Das Portal dient als Unterstützung bei der Suche, der Anwendung und dem Verständnis von Leitlinien. Diese sollen systematisch, unabhängig und transparent und unter Verwendung geeigneter Qualitätskriterien von Arbeitsgruppen erarbeitet werden, die sich aus Fachleuten verschiedener Berufssparten zusammensetzen.⁴⁹ Das Portal liefert methodische Informationen zur Entwicklung und Bewertung von Leitlinien, sowie dazugehörige Clearingverfahren oder Literatur.
- **AGREE-Instrument:**⁵⁰ Das internationale AGREE-Instrument bietet Informationen zu Qualitätsbewertungen von medizinischen Leitlinien. Beurteilt werden die Qualität der Leitlinienberichterstattung sowie die Qualität der Leitlinienempfehlung, um daraus prospektiv die mögliche Wirkung und Zielerreichung von Leitlinien abzuleiten. Dabei werden systematische Fehler in der Leitlinienentwicklung und deren praktische Anwendung hinsichtlich Nutzen, Kosten bzw. Schäden berücksichtigt. Das AGREE-II-Instrument aus dem Jahr 2009 als Weiterentwicklung von AGREE (2003) besteht aus 23 Indikatoren, welche den nachfolgenden sechs Kriterien zugeordnet sind: Scope and Purpose (Inhalt und Zweck), Stakeholder Involvement (Stakeholder-Beteiligung), Rigour of Development (Genauigkeit in der Entwicklung), Clarity of Presentation (Eindeutigkeit der Darstellung), Applicability (Anwendbarkeit), Editorial Independence (Unabhängigkeit).
- **AHRQ-Clearing:**⁵¹ In den Vereinigten Staaten betreibt die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ein Clearinghouse für Qualitätsmessung (National Quality Measures Clearinghouse – NQMC) sowie ein Clearinghouse für Leitlinien (National Guidelines Clearinghouse – NGC) mit über 2000 englischsprachigen Leitlinien nach Indikation, Behandlung oder Einrichtung. Die Informationen stammen von verschiedenen Institutionen⁵², welche dem NQMC bzw. dem NGC übermittelt werden, darunter auch die Joint Commission, auf die bereits genauer eingegangen wurde.

44 Eine Liste der bewerteten Portale findet sich unter <http://www.aeqz.de/aezq/arztbewertungsportale/bewertete-portale/gutachten-2011-12> [abgerufen am 03.12.2013].

<http://www.Patienten-Information.de> bietet auch eine Checkliste, anhand derer Patienten eine gute Arztpraxis identifizieren können [abgerufen am 03.12.2013].

45 Qualitätsindikatorenthesaurus: <http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/index.php> [abgerufen am 03.12.2013].

46 Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung:

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/index.html> [abgerufen am 11.12.2013].

47 Das AQUA-Institut ist ein anwendungsbezogenes Beratungs- und Forschungsunternehmen, das sich anhand wissenschaftlicher Zusammenarbeit einer praxisorientierten und strukturierten Qualitätsförderung im Gesundheitswesen verpflichtet.

48 Leitlinien-Glossar: <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar> [abgerufen am 03.12.2013].

49 Leitlinien.de: <http://www.leitlinien.de/>

50 Advancing the science of practice guidelines: <http://www.agreertrust.org/>

51 Agency for Healthcare Research & Quality: <http://www.ahrq.gov/>

52 Ambulatory Care Quality Alliance (ACA); Hospital Outpatient Quality Reporting Program; Ambulatory Surgery Center Quality Reporting Program; National Healthcare Disparities Report (NHDR); Dialysis Facility Compare (DFC); National Healthcare Quality Report (NHQR); Home Health Compare; Nursing Home Compare; Hospital Compare; Physician Quality Reporting System; Hospital Inpatient Quality Reporting Program; Quality Check.





- **NOKC-Clearing:**⁵³ Das im Jahr 2004 gegründete norwegische Kompetenzzentrum Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) 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 vom NOKC auch eine Online-Wissensdatenbank zu Gesundheitsthemen verwaltet (Helsebiblioteket.no), durch die Ärzte schnellen Zugang zu aktuellsten Behandlungsinformationen haben. Das NOKC arbeitet auch an einer Kampagne zur Patientensicherheit, die im Zeitraum 2011 bis 2013 umgesetzt wird, und fungiert als Sekretariat für das neue Council for Quality Improvement and Priority Setting in Health Care, welches Ende 2010 vom Gesundheitsministerium einberufen wurde und u. a. die Koordination und Interaktion zwischen den unterschiedlichen Ebenen in der Gesundheitsversorgung verbessern soll.
- **NHS Evidence:**⁵⁴ NHS Evidence – ehemals bekannt als National Library for Health – ist ein vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) betriebenes britisches Leitlinien-Clearinghouse.
- **G-I-N-Clearing:**⁵⁵ Das weltweit größte Clearinghouse mit über 7000 Leitlinien in verschiedenen Sprachen ist die vom Guidelines International Network (G-I-N) unterhaltene International Guidelines Library.

Qualitätsanforderungen für Clearinghouses sind: Nachvollziehbarkeit der bereitgestellten Inhalte des Bewertungsverfahrens, Trennung zwischen Werbung und anderen Inhalten, Transparenz hinsichtlich der Portalbetreiber bzw. des Geschäftsmodells und speziell im Falle von Arztbewertungsportalen Schutz vor Täuschung und Schmähkritik sowie Aktualität und Vollständigkeit der Arztdaten.

Die Einbettung von Qualitätsinformationen über Arztpraxen in Form der Veröffentlichung von Erhebungen zur Patientenzufriedenheit in Kombination mit evidenzbasierten Qualitätsinformationen in eine allgemeine offizielle Gesundheitsplattform, auf der sowohl Patienten als auch Ärzte die Möglichkeit haben, sich über aktuelle Themen im Gesundheitswesen zu informieren, können den Weg hin zu souveränen Teilnehmern am Gesundheitssystem fördern. Dabei müssen jedoch auch die möglichen negativen Effekte einer externen Transparenz berücksichtigt werden. Sanktionen oder ein ausgeprägtes „Naming and Shaming“ (nicht-anonymisierte Offenlegungen von negativen Ergebnissen) können zu Ablehnung und Widerstand vonseiten der Leistungserbringer führen. Da Informationssysteme auch auf die Akzeptanz der Gesundheitseinrichtungen angewiesen sind, können selbige somit unbrauchbar werden.

Herausforderungen von QM-Systemen im österreichischen Kontext

Aus der wissenschaftlichen Literatur und den internationalen Beispielen für Umsetzungen lassen sich Nutzenpotenziale und Herausforderungen von QM-Systemen identifizieren und ein Ausblick für Österreich geben. Tabelle 13 im Appendix gibt einen Überblick über ausgewählte QM-Systeme.

Die systematische Arbeit mit Qualitätsdaten im Rahmen von QM-Systemen ist international bereits gebräuchlich. Die 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit setzt einen ersten Schritt, diese Lücke zu füllen. Auch wenn darin auf konkrete Vorgaben verzichtet wird, liefert die Vereinbarung implizite Rahmenbestimmungen für ein österreichisches QM. Ein Fokus liegt auf der Ergebnisqualität. Das QM-System ist sektorenübergreifend für den intramuralen und extramuralen Bereich zu gestalten. In den Materialien zur Zielsteuerung-Gesundheit wird darauf hingewiesen, dass unter bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen primär Peer-Review-Verfahren zu verstehen sind.⁵⁶

In Österreich ist die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit der Entwicklung und Betreuung des QM-Systems betraut. In Deutschland wurde seit 2009 das AQUA-Institut mit der Sicherung der sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (SQG) gesetzlich beauftragt.⁵⁷ Zusätzlich haben sich in Deutschland auch andere QS-Projektgesellschaften gebildet. Das KTQ-Verfahren wurde bereits vor dem Beschluss zur Verpflichtung zu internem QM entwickelt (§§ 135, 137 SGB V).⁵⁸

53 The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC).

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

54 National Health Service Evidence: <https://www.evidence.nhs.uk/>

55 Guidelines International Network: <http://www.g-i-n.net/>

56 Parlamentarische Materialien zur Zielsteuerung-Gesundheit, Seite 14.

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_02243/fname_295149.pdf [abgerufen am 11.10.2013].

57 1995 gründeten Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) als gemeinsame und paritätisch besetzte Einrichtung, welche 1997 in eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts umgewandelt wurde. 2003 erfolgte die Umbenennung in Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit dem Zweck der Unterstützung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung.

58 Der Begriff internes QM ist weiter gefasst als einrichtungsinternes QM und kann als Handlungsfeld verstanden werden. Das deutsche AQUA-Institut beschreibt internes QM als Sammelbegriff für alle Aktivitäten auf Ebene einer Praxis oder eines Versorgungsmodells, die patientenunabhängig zur Steuerung, Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen werden könnten (Szecsenyi et al. 2009: 32).

Herausforderungen von QM-Systemen im österreichischen Kontext





Der österreichische Gesetzgeber gibt nicht vor, in welcher Form das *umfassende, vergleichbare systematische und standardisierte* QM-System konkret zu gestalten ist. In Deutschland sind Vertragsärzte sowie MVZ und Krankenhäuser nach § 135a SGB V zur Einführung eines internen QM (sowie zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung) verpflichtet.

Externe und interne Qualitätstransparenz

Aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern und der theoretischen Voraussetzungen wird bei der Umsetzung von QM in einem ersten Schritt meist ein QM-System der internen Transparenz implementiert. Dies erfordert unter entsprechendem Ressourcenaufwand⁵⁹ eine Bewusstseins-schaffung bei den Leistungserbringern bzw. eine Anpassung der Strukturen und Prozesse an das QM. Für externe Transparenz gelten die gleichen Voraussetzungen, jedoch muss dabei zusätzlich der Patient bzw. die Öffentlichkeit an dieses System herangeführt werden, d. h., der Leistungsanspruchnehmer muss Schritt für Schritt lernen, die Qualitätsdaten auch richtig zu nutzen. Das AQUA-Institut führt zur theoretischen Beschreibung dieses Vorgangs das vierstufige „Consumer-Choice-Modell“ von Hibbard an (Hibbard et al. 2001), welches in Tabelle 12 dargestellt ist. Dieses Modell lässt sich auch auf die Bewusstseins-schaffung für interne Qualitätstransparenz bei Leistungserbringern adaptieren (Szecsenyi et al. 2009: 18 f.).

Tabelle 12: Das vierstufige „Consumer-Choice-Modell“ von Hibbard zum Umgang mit Qualitätsdaten

| STUFE | BESCHREIBUNG |
|--|---|
| Stufe 1: Awareness (bewusst werden) | Viele Versicherte und Patienten sind sich nicht bewusst, dass Qualitätsdaten überhaupt zur Verfügung stehen. Aktive und weitreichende Verbreitungsstrategien unter Nutzung vielfältiger Kommunikationskanäle sind notwendig. |
| Stufe 2: Knowledge (Wissen, Verständnis) | Qualitätsinformationen werden oft nicht verstanden, weil die Darstellungsweise zu komplex und statistisch überladen ist. Gleichzeitig beeinflusst die Einschätzung, ob die Information relevant für den Nutzer selbst ist und ob sie den Erwartungen des Nutzers entspricht, das Verständnis. |
| Stufe 3: Attitude (Einstellung, Absichtsbildung) | Einstellungen zu Qualitätsinformationen, zum Beispiel Vertrauen in die Information und in die Einrichtung, von der sie stammen, sind wichtige Faktoren, die Entscheidungen beeinflussen. |
| Stufe 4: Behaviour (Verhalten, Umsetzung) | Auswahl, Wechsel oder Aufsuchen eines Arztes, einer Einrichtung oder eines Versorgungsmodells. Anzunehmen ist eine stärkere Nutzung fachlicher Auswahlhilfen, sobald vertrauenswürdige Informationen von einer Institution mit hoher Reputation zur Verfügung stehen. |

Quelle: Szecsenyi et al. (2009: 18)

Ebenso anspruchsvoll wie QM-Systeme der externen Transparenz sind QM-Systeme mit qualitätsorientierter Vergütung, auch als *pay for performance* („p4p“) bezeichnet. Im Gegensatz zu ersteren, die auf die Wirkung informierter Entscheidungen von Konsumenten bzw. Patienten setzen, wirken p4p-Systeme direkt über finanzielle Anreizmechanismen auf den Leistungserbringer. Diese bedingen eine genaue Vorstellung von Leistung und Versorgungsqualität und stellen damit hohe Anforderungen an die zu verwendenden systematischen und verlässlichen Qualitätsindikatoren, welche den zentralen Schlüssel zwischen Intention und Honorierung bilden. Bekannte Systeme mit qualitätsorientierter Vergütung sind das QOF in England oder das CAPI in Frankreich.

Das Nutzenpotenzial von externer Transparenz ist stark systemabhängig – etwa hinsichtlich der Zielgruppen oder Wahlmöglichkeiten – und muss stets im landespezifischen Kontext betrachtet werden. In Amerika tritt etwa der Arbeitgeber als Versicherer als zusätzlicher Akteur mit hohem Informationsbedarf auf, der entsprechend Leistungsbewertungen und Qualitätsvergleiche von Anbietern im Gesundheitswesen nachfragt (siehe dazu HEDIS⁶⁰). Es bestehen nicht nur länderspezifische Unterschiede in der Zielgruppe, sondern auch in der Fähigkeit und Intention, die Informationen durch externe Transparenz zu nutzen. So ist etwa aus der Schweiz bekannt, dass bei der Nutzung von Informationsportalen der Preis für die medizinische Leistung im Vordergrund steht und Qualitätskriterien eine untergeordnete Rolle spielen (Eisler 2009).

Das AQUA bringt die hier gewonnenen Erkenntnisse auf den Punkt und untermauert diese mit vier Argumenten. Nur eine ausgewogene Umsetzung von interner und externer Qualitätstransparenz würde reale und positive Effekte bei der Versorgungsqualität garantieren:⁶¹

59 Ressourcen als weitgefaster Begriff umfassen etwa finanzielle Mittel, Forschung bzw. Wissen und Ideen (intellektuelle Ressourcen) sowie Infrastrukturen, Gesundheit, Arbeitskraft (personelle Ressource) oder Zeit.

60 Healthcare Effectiveness Data and Information Set: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/WhatisHEDIS.aspx> [abgerufen am 11.12.2013].

61 Für eine ausführliche Argumentationsbeschreibung siehe Szecsenyi et al. (2009: 14 f.).





1. „Externe Qualitätstransparenz bleibt auf externe Einflussnahme beschränkt und ist daher in ihrer Wirkung schwer zu steuern.“
 2. „Interne Qualitätstransparenz als Bestandteil von internem QM unterstützt Ärzte bei der Arbeit an der Qualität und hilft, gezielte Effekte zu erreichen. Zudem bietet sie bei Bedarf eine geeignete Basis für qualitätsorientierte Vergütungsformen (*pay for performance*).“
 3. „Interne Qualitätstransparenz hat Vorteile in der Umsetzung und schafft wichtige Voraussetzungen für externe Qualitätstransparenz.“
 4. „Externe Qualitätstransparenz lässt sich besser aufbauen, wenn sie sich auf gelebte interne Transparenz stützen kann. Dann kommt auch ihr Eigenwert als externes Pendant zur besseren Geltung.“
- Voraussetzungen für externe Transparenz sind eine fundierte wissenschaftliche Basis und eine transparente Methodik, um nachhaltige Akzeptanz und Vertrauen zu erlangen. Zur Erreichung der Zielgruppe bedarf es einer nutzerorientierten, einfachen und verständlichen Aufarbeitung der Informationen (Szecsenyi et al. 2009: 19). Instrumente von QM-Systemen sollten je nach Intention und Wirkung eingesetzt werden. So sind die Ansprüche an Qualitätsindikatoren bei Qualitätsberichten und Zielvereinbarungen geringer als bei Zertifizierungen und öffentlichem Benchmarking. Die Reihung von QM-Instrumenten in Tabelle 6 im 1. Teil (Seite 9) bildet diese zunehmenden Anforderungen an die Belastbarkeit von Qualitätsindikatoren ab und kann somit als Implementierungshilfe herangezogen werden.

Qualitätsindikatoren

An dieser Stelle sei ein treffender Vergleich des deutschen AQUA-Institutes wiedergegeben. Qualitätsindikatoren können als Mosaiksteine verstanden werden, die einzelne Aspekte der Qualität abbilden. Für ein aussagekräftiges Gesamtbild der Versorgungsqualität benötigt es aber eine hinreichende Menge an Mosaiksteinen, deren systematische Verteilung über die verschiedenen Dimensionen der Gesundheitsversorgung keine wichtigen Bereiche unbesetzt lässt. Einzelne Stücke lassen das Gesamtbild der Qualität nur erahnen. Erst über die Identifizierung der einzelnen Fragmente erschließt sich bei entsprechender Ressourcenaufwendung immer mehr die tatsächliche Situation in der Versorgungslandschaft (Szecsenyi et al. 2009: 11).

Als Qualitätsindikatoren kann idealerweise auf einen Mix an medizinischen und nicht medizinischen Messgrößen zurückgegriffen werden, wie etwa Prozesswerten (bspw. Impfraten), objektiven Patientendaten (bspw. Blutdruck) oder subjektiven Patientenindikatoren (bspw. Patientenzufriedenheit, PROs).

Komorbidität bzw. Case-Mix erschweren die Aussagekraft von Indikatoren, da aufgrund von Multi-kausalität Zusammenhänge oftmals schwer zu identifizieren sind. Auch die Spezifität, die kennzeichnende Eigenschaft von Indikatoren wird dadurch beeinflusst. Diese gibt den Anteil der korrekt als negativ klassifizierten Gegenstände an. Die Falsch-positiv-Rate, auch Ausfallsrate genannt, gibt den Anteil der fälschlich als positiv klassifizierten Gegenstände wieder. In der Medizin wäre ein Beispiel dafür eine Art Fehlalarm bei einem Test auf eine Krankheit. Gegenteilig dazu wiegt die Falsch-negativ-Rate im Gesundheitswesen ungemein schwerer – beispielsweise ein Test, der trotz Vorliegen der Krankheit diese nicht erkennt. Bei der Wahl von Referenzbereichen von Qualitätsindikatoren sind diese statistischen Gütekriterien zu beachten.

Herausforderungen wie chronische Erkrankungen und die damit verbundene horizontale Integration über den Behandlungspfad bedingten auch entsprechende Längsschnittdaten, welche erst am Anfang ihrer Entwicklung stehen. Diese gewinnen auch aufgrund der Multimorbidität und der damit zusammenhängenden Versorgungsrisiken wie Hospitalisierung und Multimedikation an Bedeutung.

Qualitätsindikatoren müssen somit nicht nur ein ausgewogenes Abbild der Akteure im System wiedergeben, sondern auch verschiedenen wachsenden medizinischen Herausforderungen wie chronischen Erkrankungen, Komorbidität oder Pflegebedürfnissen begegnen.

Weltweit existieren Einrichtungen zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Leitlinien. Das Guidelines International Network (G-I-N) ist ein Zusammenschluss von solchen Institutionen und versucht eine Standardisierung und Aufarbeitung der zahlreichen Informationen (Clearinghouses). Die simultane Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Leitlinien fällt jedoch teilweise sehr unterschiedlich aus. Während die Zielgruppen weitgehend einheitlicher sind, bestehen große Unterschiede in der methodischen Herangehensweise. International einheitliche formale Verfahren im Entwicklungsprozess von Qualitätsindikatoren und Leitlinien fehlen (Blozik et al. 2010). In jedem Fall sollten Clearinghouses eine Nachvollziehbarkeit der bereitgestellten Inhalte des Bewertungsverfahrens, eine Trennung zwischen Werbung und anderen Inhalten sowie eine Transparenz hinsichtlich der Portalbetreiber bzw. des Geschäftsmodells garantieren.



Daten

Das Datenmanagement ist ein entscheidender Schlüssel für den Erfolg von QM-Systemen. So ist der Aufwand für die Datenerhebung davon abhängig, ob ausschließlich auf Routinedaten zurückgegriffen wird oder auch eigens Primärdaten direkt beim Leistungserbringer erhoben werden. Die auf anonymisierten Abrechnungsdaten von Spitälern und Stammdaten der AOK basierende QSR (Qualitätssicherung mit Routinedaten) schafft etwa die Möglichkeit, die Behandlungsqualität von Spitälern zu messen, zu bewerten und zu vergleichen, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand für Krankenanstalten zu erzeugen.

Verbesserungen bei Patienten durch Qualitätsmaßnahmen sind für den einzelnen Praxisarzt aufgrund der statistisch geringen Patienten- bzw. Fallzahlen bei bestimmten Indikationen nicht immer ersichtlich (Nyweide et al. 2009). Ohne elektronische Aufzeichnung und Aggregation der Daten sind Aussagen über den allgemeinen Erfolg und den Outcome von Behandlungen eingeschränkt. Für ein – so wie in der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit vorgesehen – flächendeckendes, sektorenübergreifendes und standardisiertes QM ist der Einsatz von entsprechender Software notwendig.

Der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen merkt dazu an, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten per se nicht sinnvoll sei, sondern sich nur durch positive Effekte auf die Qualität der Versorgung rechtfertigen (SVR 2007: 579). Qualitätsdarlegung bzw. Transparenz soll somit nicht nur die Qualität in der Leistungserbringung aufdecken, sondern in weiterer Folge auch das Handeln der Akteure hin zu einer Verbesserung in der Versorgungsqualität beeinflussen. Eine vom deutschen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen anhand der internationalen Studienlage durchgeführte Analyse dieser Effekte kommt auf Basis von Befragungen bei Krankenhäusern und Ärzten zu dem Schluss, dass diese eine skeptische Haltung gegenüber einer Qualitätstransparenz einnehmen. Kostenträger hingegen seien daran interessiert, würden die Informationen jedoch nicht ausreichend nutzen bzw. handelten nicht danach, unterlassen es also z. B., aktiv mehr Qualität bei den Vertragspartnern einzufordern oder Vertragspartner, deren Leistungen von anhaltend schlechter Qualität sind, nicht mehr unter Vertrag zu nehmen. Generell führe eine Veröffentlichung von Qualitätsdaten (und eine qualitätsbezogene Vergütung) zu einer qualitätsverbessernden Tendenz (Szecsenyi et al. 2009: 12).

In Deutschland besteht seitens der Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (G-BA) und seitens des Gesetzgebers großes Interesse an einer einheitlichen Datenerhebung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Erste Benchmarking-Projekte bestehen etwa bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Asthma bronchiale (COPD), koronaren Herzerkrankungen sowie Brustkrebs. Diese Projekte bedingen auch eine verstärkte Längsschnitorientierung. Diese patientenorientierte Betrachtung über die Zeit und über Institutionen hinweg entspricht den modernen Anforderungen einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung mit den Herausforderungen chronischer Erkrankungen (ÄZQ 2009: 94). Patientenbasierte Längsschnittdaten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bergen – bei entsprechend sensibler Behandlung der persönlichen Informationen sowie unter Berücksichtigung des Datenschutzes und des Gebotes der Datensparsamkeit – ein enormes Potenzial für QM-Systeme und Versorgungsanalysen.

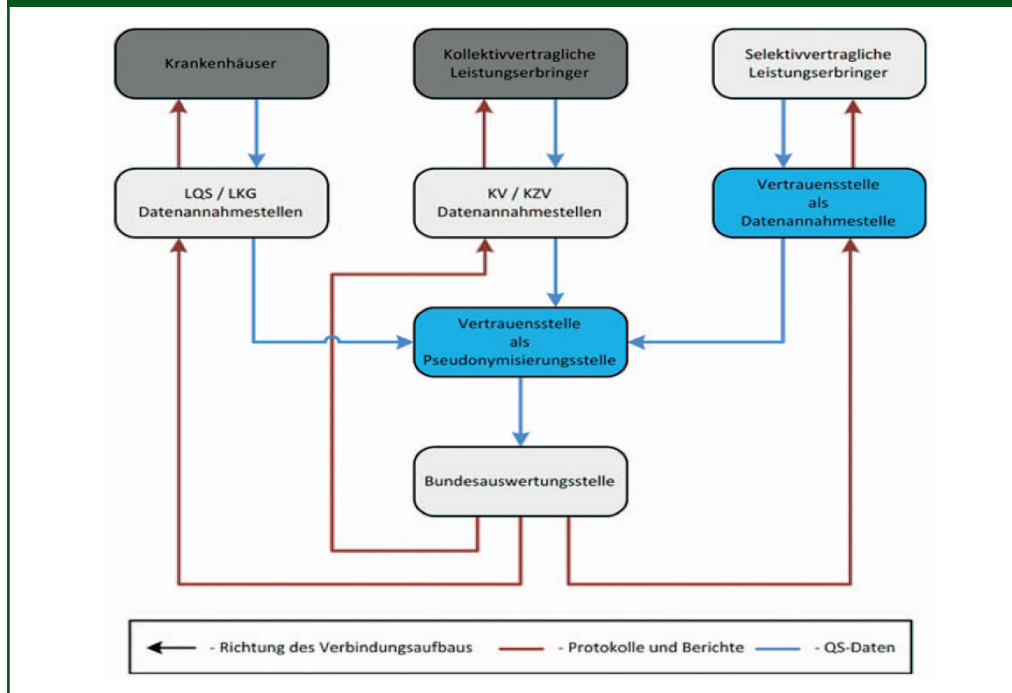
Sektorenübergreifendes QM

Nach Art. 7 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit ist das österreichische Qualitätssystem sektorenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu gestalten. Damit sollen Schnittstellen im QM umgangen werden und der Patient selbst bzw. sein Krankheitsverlauf in den Mittelpunkt rücken. Ein Beispiel dafür sind die sektorenübergreifenden Rahmenrichtlinien zur Qualitätssicherung für Dialyse des deutschen G-BA. Mit der Zusammenführung des ambulanten und stationären Bereichs in der Qualitätssicherung (Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (SQG) wurde in Deutschland das AQUA-Institut beauftragt.⁶² Herausforderungen für ein sektorenübergreifendes QM bilden verschiedene Abrechnungssysteme, Codes und Ziffern, die (Pseudo-)Anonymisierung im niedergelassenen Bereich oder die Zusammenführung verschiedener Datensätze. In Deutschland sind seit Jänner 2012 zur Pseudonymisierung von Patientendaten bzw. Leistungserbringern Vertrauensstellen eingesetzt, die nach § 299 SGB V besonderen Datenschutzerfordernungen gerecht werden (siehe Abbildung 11). Durch ein sektorenübergreifendes QM ergeben sich auch außerordentliche Investitionen, etwa in Form von Dokumentationsbelastungen und Personalaufwand. Auf Basis eines Standardkosten-

⁶² Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: <https://www.sqg.de/startseite/index.html>



Abbildung 11: Übertragungsweg zwischen den selektivvertraglichen Leistungserbringern bei Vertrauensstellen



Quelle: <http://www.vertrauensstelle-gba.de/> [abgerufen am 28.10.2013]

modells beim sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren „Kataraktoperationen“ in Deutschland wurde im Rahmen einer akademischen Ausarbeitung versucht, diese Kosten zu schätzen. Das Ergebnis – 10,43 Euro pro dokumentationspflichtigen Fall bzw. jährliche Kosten von etwa 9400 Euro – muss jedoch vor dem Hintergrund der geringen Stichprobe als Orientierungswert betrachtet werden (Tönnies 2012).

Implementierung

Aufgrund der institutionellen Größe von Praxen müssen Implementierungskosten gering gehalten werden. Im Gegensatz zu Krankenanstalten, die über eine eigene und speziell dafür ausgebildete Managementebene verfügen, sehen sich Arztpraxen aufgrund ihrer institutionellen Größe und den weniger differenzierten Assets mit höheren Implementierungskosten durch QM-Systeme konfrontiert. Tabelle 6 im 1. Teil (Seite 9) veranschaulicht dies anhand der verstärkten Beteiligung des Managements an der Aufarbeitung von Qualitätsindikatoren. Diese ist ein Mitgrund für die verzögerte Implementierung im niedergelassenen Bereich im Vergleich zum stationären Sektor. Damit verdeutlicht sich die Notwendigkeit vonseiten des Bundes oder der Sozialversicherung, QM-Systeme zu entwickeln, die als eine Art Vorlage nach dem Baukastenprinzip eine einfache und ressourcenschonende Einführung auf Praxisebene ermöglichen. Als Beispiel für solche Einstiegssysteme in das Qualitätsmanagement können das Einführungshandbuch und die systemspezifische Schulungen der KPQM-Zertifizierung genannt werden.

Gleichzeitig spiegeln diese Herausforderungen für einzelne Praxen die notwendige Entwicklung neuer ambulanter Versorgungsformen wider, welche meist eine eigene Managementebene besitzen. Der Erfolg von QM-Systemen ist somit zu einem bestimmten Teil an die Entwicklung neuer Versorgungsformen gebunden, die auf die aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung genauer eingehen können (integrierte Versorgungsmodelle, Ärztenetze, Versorgungszentren, Gruppenpraxen).

Sanktionierung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin stellt in Zusammenhang mit Benchmarking fest, dass ein Trend besteht, die Vergleichsergebnisse nicht nur als Element des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, sondern auch zur Sanktionierung von vermeintlich schlechter Qualität heranzuziehen (ÄZQ 2009: 94). Diese Entwicklung gilt es mit besonderer Vorsicht weiter zu beobachten. Benchmarking im Gesundheitswesen soll primär als strukturierter Austausch verschiedener



Leistungserbringer mit dem Ziel des Lernens voneinander auf der Grundlage von Leistungs- und Ergebnisvergleichen zur Verbesserung der Ergebnisqualität in der Patientenversorgung verstanden werden (Kastenholz et al. 2011: 329). Wegen der relativen Maßzahl (Verhältnis zu anderen Praxen) sind ein geringerer Punktescore bzw. Abweichungen nach unten beim Benchmarking jedoch nicht automatisch als Qualitätsmängel oder Versorgungsdefizite zu verstehen.

Eine wesentliche Erkenntnis aus internationalen Erfahrungen ist die Vermeidung von „Blaming and Shaming“. Stattdessen steht bei der Qualitätsmessung und der Identifikation von Mängeln die Möglichkeit im Vordergrund, aus den Fehlern zu lernen. Dies setzt eine Akzeptanz der Qualitätsmessung, die Bereitschaft, Schwächen anzuerkennen, sowie Änderungsbereitschaft vonseiten der Leistungserbringer voraus.

Im Gegensatz zum QM im stationären Bereich, wo es eine Vielzahl von Leistungserbringern gibt, ist die Verantwortlichkeit Einzelner bei der ambulanten Qualitätssicherung eindeutiger bestimmbar. Daher sind gerade bei der Ausgestaltung eines ambulanten QM-Systems negative Anreize durch die Benennung von einzelnen Praxen zu berücksichtigen. Auch unter dem Gesichtspunkt der angeführten relativen Maßzahl kann somit statt des Begriffs „durchschnittlicher Versorger“ bei einem Ergebnis von 50 % beispielsweise die Bezeichnung „Anwärter“ verwendet werden (siehe auch EFQM). Damit wird auch der dynamische und stetige Prozess des QM betont und es werden Anreize für eine Verbesserung gegeben.

Conclusio

QM ist im speziellen ein Mittel zur Überprüfung der Wirksamkeit und Angemessenheit von qualitätssichernden Aktivitäten. Es sollen Schwachstellen aufgezeigt, Verbesserungsmaßnahmen angelegt und deren Wirkung überwacht werden. Kriterien für die Wirkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Praktikabilität, Finanzierbarkeit und die Qualität der Maßnahmen selbst (etwa die statistische Güte von Indikatoren).

Eine besondere Herausforderung für QM-Systeme ist eine ausgewogene Ausgestaltung hinsichtlich der Akteure. So kann die Bedeutung von Dimensionen je nach Position abweichen – Effizienz betrifft eher den Ökonomen, Patientenzentriertheit den Patienten und Effektivität Ärzte oder Forscher. Auch eine Divergenz der Dimensionen ist möglich, wenn etwa eine Behandlung vom ärztlichen Standpunkt als effektiv angesehen wird, der Patient aber selbige nicht wünscht.

Für den Erfolg von QM-Systemen müssen diese dem Leistungserbringer und dem Patienten verständlich sein und zusätzlich auch von ihnen anerkannt werden. Die Implementierung von QM-Systemen sollte diese zwei Kernfaktoren stets berücksichtigen.

Bei der Entwicklung müsste immer die in der 15a-Vereinbarung festgeschriebene sektorenübergreifende Funktion in der Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Bis Sommer 2014 ist die Entwicklung eines mit dem stationären Sektor vergleichbaren Systems zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung eine sehr große Herausforderung. Ein komplett öffentliches System der externen Transparenz scheint zu diesem Zeitpunkt für die österreichische Versorgungslandschaft nicht geeignet, eher geeignet ist ein evolutiver Ansatz, der versucht, über erste Schritte auch den Leistungserbringern die Annäherung an die „Qualitätswelt“ zu ermöglichen. Daher muss in dem neuen Konzept nicht nur die Frage nach dem „Was“ entsprechendes Gewicht bekommen, sondern vor allem die graduelle Implementierung berücksichtigt werden. Nur wenn die Leistungserbringer sich mit dem QM identifizieren und es annehmen, kann es auch sinnvoll genutzt werden, nur dann kann sich im sozialen System des ambulanten Bereichs ein Kulturwandel vollziehen. In einem allgemein verpflichtenden einrichtungsinternen QM mit einem standardisierten Peer Reviewing sollte zunächst auf anonymisiertes Benchmarking und Zertifizierung nach QM-Methoden zurückgegriffen werden. Nach einer Gewöhnungsphase kann abgewogen werden, ob man es dem Leistungserbringer freistellt, die Ergebnisse zu veröffentlichen. Bei ausreichender Kenntnis und Akzeptanz des QM-Systems in der Öffentlichkeit – also sowohl unter ärztlichen Kollegen als auch unter Patienten – kann man sich so eine sanfte Dynamik zunutze machen: Anbieter mit guten Ergebnissen werden gegebenenfalls ihr Ergebnis aus Prestigegründen veröffentlichen. Bei einer kritischen Masse an Anwendern heben sich die freiwillig veröffentlichen Institutionen ab und erzeugen damit sanften Druck, sich einer Bewertung zu unterziehen und ein nicht unterdurchschnittliches Ergebnis zu erzielen. Dabei muss ganz klar berücksichtigt werden, dass bei der Ergebnisveröffentlichung kein Rosinenpicken erfolgt und dass gleichzeitig die Information in einer für die Patienten verständlichen Form aufbereitet wird. Die Anforderungen an so ein System sind vergleichbar hoch wie bei einem komplett öffentlichen QM-System der externen Transparenz.





Tabelle 13: Ausgewählte QM-Systeme im Überblick

| QM-System Beschreibung | QEP Qualität und Entwicklung in Praxen [®] | KPQM/KVWL KVWL-Praxisqualitäts- management | KTQ [®] „Kooperation für Transparenz und Qualität | EPA Europäisches Praxisassessment | EQUAM Externe Qualitätssicherung in der Medizin |
|---|---|--|--|---|--|
| Herkunft: System der KBV/der KV | | Dieses Verfahren wurde entwickelt von der KV Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit Pinarum GmbH | Gesellschafter für das Verfahren für Praxen ist u. a. der Hartmannbund | Ärztliches Qualitätszentrum | Modul A: Basisindikatoren/-standards European Practice Assessment (EPA); Modul B: Indikatorenset/Standards für Arztnetze u. angeschlossene Praxen (Eigenentwicklung); Module C: Indikatoren/Standards zu Performance- und Outcomequalität. Hergestellt a. d. Qualitätsindikatoren AOK/AQUA-Institut |
| Zielgruppe Praxen alle Fachgruppen – auch für Psychotherapeuten, MVZ, BAG, Kooperationen | | Praxen und medizinische Versorgungszentren aller Fachgruppen einschl. Psychotherapeuten | <ul style="list-style-type: none"> • KTQ in Krankenhäusern • KTQ im Bereich Rehabilitation • KTQ in Pflegeeinrichtungen, Hospizen und alternativen Wohnformen • KTQ in Praxen & MVZ (Arzt-, Zahnarzt- und psychotherapeutische Praxen) | Praxen für Allgemeinmedizin und Fachärzte | Praxen (Grundversorger, Spezialisten) Versorgungszentren Ärzte Arztnetze |
| Wurde das QM-Verfahren im ambulanten Bereich evaluiert? | Ja, mit 60 Pilotpraxen. Wissenschaftliche Begleitung und externe Evaluation der Pilotphase durch das IMI-Institut in Tübingen (Prof. Selbmann) | Ja, durch KVWL. Zusätzlich wurde das System durch das Institut für Workflowmanagement in Münster/Westf. evaluiert | Ja, mit 15 Pilotpraxen (seit Feb. 2004) | Ja, 1. mit 273 Praxen aus 9 Ländern: Grol, R., Dautenberg, M., Brikmann, H. (2004): Quality Management in Primary Care; 2. Götz, K., Szecsenyi, J., Broge, B., Williams, S. (2011): Welche Wirkung hat Qualitätsmanagement in Arztpraxen? Ergebnisse aus Entwicklung und Evaluation d. Europäischen Praxisassessments (EPA) | Ja, seit 1999 im Einsatz Zurzeit sind ca. 250 Praxen bzw. ca. 400 Ärzte zertifiziert |
| Grundlage und Aufbau des QM-Verfahrens | Abläufe, Tätigkeiten sowie die Rahmenbedingungen aller Praxisbereiche werden betrachtet Korrespondierender Selbstbewertungskatalog (integriert in QEP-Qualitätsziel-Katalog [®]) Optionale Möglichkeit zur Integration der AQUJK [®] -Indikatoren | KPQM bildet ein prozessorientiertes Befähigungsmodell QM-gerechtes Vorliegen (Ablauf-schemata, Verfahrensanweisungen) von mindestens 10 Praxisprozessen mit Bezug zu den drei Kapiteln: <ul style="list-style-type: none"> • Patienten (Diagnostik/Therapie) • Mitarbeiter – Personalführung • Administration Pflichtprozesse müssen beschrieben werden (Notfallmanagement, Team-besprechung, Beschwerdemanagement, Beschreibung von Kooperations-nen); Eigendarstellung inkl. Organigramm, Qualitätspolitik und Zielen, Prozessbeschreibungen als Verfahrensanweisung und Flowchart ist gefordert. Darauf aufbauend ist ein umfassendes QM möglich | Tätigkeiten und Rahmenbedingungen der Praxis Korrespondierender Bewertungskatalog | Qualitätsindikatoren und -items-Katalog mit korrespondierenden Frage- und Assessmentbögen, Benchmarking-Datenbank Abläufe, Tätigkeiten der Praxis werden betrachtet | Alle Praxisbereiche werden betrachtet, mittels: <ul style="list-style-type: none"> • Selbstdeklaration • Befragung von Mitarbeitern, Zuweisern, Patienten • Audits vor Ort in den Praxen Qualitätsverbesserungsprozess (Demingkreis) mit anschließender Zertifizierung |
| Systemaufbau | Verschiedene Bausteine und Unterstützungsinstrumente: 1. Qualitätsziel-Katalog mit fünf Kapiteln <ul style="list-style-type: none"> • Patientenversorgung • Patientenrechte u. Patientensicherheit • Mitarbeiter und Fortbildung • Führung und Organisation • Qualitätsentwicklung 61 Kernziele mit 272 Nachweisen/Indikatoren u. operationalisierten Fragen 2. QEP-Einführungseminar 3. QEP-Manual 4. QEP-Zertifizierungsverfahren | Pflichtprozesse müssen abgebildet werden, Praxisorganigramm wird gefordert. Es muss mindestens aus drei definierten Bereichen je eine Verfahrensanweisung/ein Prozess vorhanden sein; der Rest ist frei wählbar. Flowchart-Darstellung ist erforderlich | 6 Kategorien <ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierung in der Praxis • Führung der Praxis • Mitarbeiterorientierung • Sicherheit in der Praxis • Informationswesen • Aufbau des QM in der Praxis 44 Kriterien 252 Fragen Checklisten KTQ-Katalog ist Bestandteil des KTQ-Manuals. | 5 Domänen <ul style="list-style-type: none"> • Qualität und Sicherheit • Information • Finanzen • Menschen • Infrastruktur 34 Dimensionen 225 Indikatoren 365 Items | Indikatoren zu <ul style="list-style-type: none"> • Prozessen der integrierten Versorgung • Ergebnis- und Indikationsqualität Indikatoren Europäisches Praxisassessment zu <ul style="list-style-type: none"> • Infrastruktur • Perspektive Mitarbeiter, Zuweiser, Patienten • Informationen • Finanzen • Qualität und Sicherheit |



Tabelle 13: Ausgewählte QM-Systeme im Überblick

| QM-System | QEP Qualität und Entwicklung in Praxen [®] | KPQM/KVWL KWVL-Praxisqualitäts- management | KTQ [®] „Kooperation für Transparenz und Qualität“ | EPA Europäisches Praxis- assessment | EQUAM Externe Qualitäts- sicherung in der Medizin |
|---|--|--|---|---|--|
| Beschreibung | | | | | |
| Eigenschaften des QM-Verfahrens | <ul style="list-style-type: none"> modularer Aufbau für Anfänger und Fortgeschrittene nutzbar umfassend praxispezifisch handbuchgestützt indikatorenorientiert prozess- und ergebnisorientiert auf Qualitätsziele gerichtet (+ Nachweise/Indikatoren) messbare Kriterien weitgehend selbsterklärend weiterentwicklungsfähig Integration medizinischer Indikatoren weitgehend kompatibel zu anderen QM-Verfahren | <ul style="list-style-type: none"> modular aufgebaut praxispezifisch prozessorientiert schnelle Umsetzbarkeit (fordert nur mind. 10 Prozesse) weiterentwicklungsfähig weitgehend kompatibel zu anderen QM-Verfahren von Ärzten entwickelt speziell für vertragsärztliche Praxen (HA, FA und psychologischer Psychotherapeut) entwickelt | <ul style="list-style-type: none"> umfassend praxispezifisch auf Beantwortung von Fragen gerichtet weiterentwicklungsfähig | <ul style="list-style-type: none"> modular aufgebaut indikatorenbasiert praxispezifisch europäisch prozessorientiert ergebnisorientiert auf Qualitätsindikatoren gerichtet weiterentwicklungsfähig (auch auf medizinische Indikatoren) weitgehend komplementär zu anderen QM-Verfahren | <ul style="list-style-type: none"> modular aufgebaut umfassend praxispezifisch Indikatorenset messbare Kriterien mit Benchmarkvergleich prozess- und ergebnisorientiert selbsterklärend |
| Welche bestehenden QM-Systeme wurden bei der Entwicklung berücksichtigt? | Joint Commission (stat. + ambulant), ISO 9001:2000, EFQM, AZG-Checkliste (QMA), australisches Hausarztsystem (Standards for General Practices), KTQ, Visitation, Balanced Scorecard | ISO 9001:2000, EFQM, Visitation | Joint Commission, EFQM, ISO 9001:2000, Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Canadian Council on Health Care Accreditation (COHSA) | Visitation, Balance Scorecard, EFQM, ISO 9001:2000, KTQ, alle indikatorenbasierten praxis-spezifischen Systeme | AOK/AQUA-Indikatoren Diverse Publikationen |
| Wer hat das Verfahren entwickelt? | Arbeitsgruppe der KBV und der KV; niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, QM-Spezialisten, Arzthelferinnen/MFA | Prinorum GmbH im Auftrag des Ausschusses Qualitätssicherung und QM der KVWL mit niedergelassenen Ärzten; Copyright des Verfahrens besitzt die KVWL | Gremien und Arbeitsgruppen der KTQ KTQ [®] GmbH gegründet; von Spitzenverbänden der KK, DKG, BÄK, DPR u. a.; nach der Pilotphase wurde der Hartmannbund Gesellschafter bei KTQ | TOPAS Europe (= Arbeitsgruppe von QM-Experten des hausärztlichen Bereichs in 9 europäischen Ländern: NL, GB, F, B, CH, D, A, SLO, LI | Niedergelassene Ärzte, in Zusammenarbeit mit AQUA, QM-Spezialisten, medizinischen Praxisassistenten |
| Welche Unterstützungsleistungen bietet das Verfahren den Praxen? | <ul style="list-style-type: none"> systemspezifische Schulung „QEP-Einführungseminar“ (13 Std.) QEP-Qualitätsziel-Katalog mit Fragebeispielen und Erläuterungen (inkl. gesetzl. Vorschriften) QEP-Manual mit Umsetzungsvorschlägen und Musterdokumenten Unterstützung durch KV und KBV Crossmatrix zur ISO 9001:2000; KTQ Qualitätszirkelmodule „QEP im Qualitätszirkel“ QEP-Refresherkurse und QEP-Beratung durch KV | <ul style="list-style-type: none"> systemspezifische Schulung (12 Std.) KPQM-Einführungshandbuch (Kurzführung zu QM, modellhafte Muster für Prozessbeschreibung mit Flussdiagrammen; exemplarische Muster für Verfahrens- und Arbeitsanweisungen) Verzahnung mit Qualitätszirkel durch Kurzreferate Prozessbeispiele im Internet gemeinsamer Aufbau für Qualitätszirkelpraxen mit KV-Referent | <ul style="list-style-type: none"> systemspezifische Schulung KTQ-Fragenkatalog Leitfäden KTQ-Manual (beinhaltet KTQ-Katalog; enthält zusätzliche Erläuterungen zur Durchführung des KTQ-Zertifizierungsverfahrens) KTQ-Handbuch mit Tipps und Checklisten KTQ-Forum wenig umfassende Unterstützungsleistungen, da reines Bewertungsverfahren KTQ-Award | <ul style="list-style-type: none"> Fragebögen für Praxisinhaber, Mitarbeiter und Patienten Zuweisbefragung für Schnittstelle Hausarzt/Facharzt Auswertung der Fragebögen mit Stärken/Schwächen-Ist-Analyse Erläuterung durch Visitor in Teambesprechung Ordnationshandbuch mit Musterdokumenten | <ul style="list-style-type: none"> Einführungen, Workshops Anleitung zu standardisierten Prozessen Hinweise bei speziellen Fragestellungen Zertifizierungsprozess Benchmarkvergleiche |
| Was beinhalten die schriftlichen Unterstützungsinstrumente? | Das QEP-Manual beinhaltet Umsetzungsvorschläge, Tipps, Serviceinformationen sowie Mustervorlagen für interne Regelungen und weitere QM-Dokumente zu allen Kernzielen (auch auf CD-ROM) | Kurzführung zu QM, modellhafte Muster für Prozessbeschreibung mit Flussdiagrammen; weitere exemplarische Muster; Prozessbeispiele aus der Praxis zur Illustration und als Ideenimpuls | KTQ-Manual beinhaltet den KTQ-Katalog und Erläuterungen zur Durchführung des KTQ-Zertifizierungsverfahrens. KTQ-Handbuch beinhaltet Überblick über Verfahren, Tipps für die Umsetzung, Checklisten, Musterdokumente | Individueller Feedbackbericht Checkliste Zertifizierungskriterien Ordnationshandbuch | EQUAM-Standards – mit Indikatoren zu den Modulen A, B, C |





Tabelle 13: Ausgewählte QM-Systeme im Überblick

| QM-System | QEP Qualität und Entwicklung in Praxen* | KPQM/KVWL KWVL-Praxisqualitäts- management | KTQ [®] „Kooperation für Transparenz und Qualität“ | EPA Europäisches Praxis- assessment | EQUAM Externe Qualitäts- sicherung in der Medizin |
|--|--|---|---|--|---|
| Beschreibung | | | | | |
| Wer führt die Schulungen zum Verfahren durch? | KV, Berufsverbände und Ärztekammern mit lizenzierten QEP-Trainern | Sieben KVWL-lizenzierte Schulungspartner | KTQ-lizenzierte Trainer | Schulungen für interessierte Praxen; Ärztliches Qualitätszentrum; Schulung der Visitoren; AQUA-Institut | EQUAM |
| Welche Entwicklungsmöglichkeiten bietet das Verfahren? | <ul style="list-style-type: none"> nach der Erfüllung der Kernziele ist eine Weiterentwicklung anhand von weiteren Zielen möglich (Excellence-Bewertung) Benchmarking ist geplant | <ul style="list-style-type: none"> Einstieg für ein umfassendes QMS Erweiterung auf umfassende Systeme/Verfahren möglich Zertifizierung | | Zugang zu einer europäischen Benchmarking-Datenbank | Weiterentwicklung anhand Führung über Zielvereinbarung |
| Schnittstelle zu anderen Aspekten der Gesundheitsversorgung | Von Praxen, MVZ und Kooperationen nutzbar; Q-Ziele auch zu Patienteninformation, Prävention und DMP; Q-Ziele zu fachspezifischen medizinischen Inhalten; Integration in Qualitätszirkeln (QZ-Module „QEP im QZ“); Integration von AQUIK-Indikatoren | Beschreibung der Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung | Schnittstellen vom ambulanten Bereich zu folgenden Einrichtungen vorhanden: <ul style="list-style-type: none"> Krankenhäuser (stationär) Rehabilitation Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnrichtungen | Q-Indikatoren auch zu Patienteninformation, Prävention, DMP und medizinischen Inhalten (werden schrittweise umgesetzt); Zuweiserbefragung für Schnittstelle Hausarzt/Facharzt; Integration in QZs möglich | Ambulatorien Qualitätszirkel Ärztetze Disease-Management Chronic-Care-Management |
| Zertifizierungsintervall | Zertifikat drei Jahre gültig | Zertifikat drei Jahre gültig | Zertifikat drei Jahre gültig | Zertifikat drei Jahre gültig | Zertifikat drei Jahre gültig |
| Wer begeht die Praxen bei der Visitation/beim Audit? | <ul style="list-style-type: none"> ausgewählte Visitoren mit Ausbildung im medizinischen Bereich, Erfahrung mit QEP und QM-Ausbildung; die Visitoren sind von der KBV akkreditiert QEP-Visitoren Ausbildung | <ul style="list-style-type: none"> Auditoren, die von der KVWL akkreditiert werden; Auditoren sind Ärzte mit QM- und Zertifizierungs-kompetenz KPQM-spezifische Visitoreneinweisung | <ul style="list-style-type: none"> Visitoren, die von der KTQ ausgewählt wurden (aktive leitende Arztfachhelfer, niedergelassene Ärzte sowie Psychotherapeuten mit Erfahrung im QM) KTQ-Visitoren Ausbildung | <ul style="list-style-type: none"> EPA-Visitoren, die von Ärztlichen Qualitätszentrum für das Verfahren akkreditiert sind (Personen, die mit dem Handlungsfeld von Praxen und QM vertraut sind) Einführungssseminar für Visitoren bzw. „Train the Trainer“ | Entsprechend geschulte Auditoren |
| Wer zertifiziert? | Von der KBV akkreditierte Zertifizierungsstellen | Von der KVWL akkreditierte Zertifizierungsstellen | Von der KTQ akkreditierte Zertifizierungsstellen | ÖQMed | EQUAM ist Zertifizierungsstelle, akkreditiert gemäß EN ISO 17021, geprüft durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle des Bundes |
| Was ist für das Erreichen eines Zertifikats nötig? | Erfüllung aller für die jeweilige Praxis anwendbaren QEP-Kernziele: Bei der Erstzertifizierung müssen mind. 90 % aller anwendbaren Nachweise erbracht werden; bei einer Folgezertifizierung mind. 96 % Es besteht die Möglichkeit zur Nachbesserung. <ul style="list-style-type: none"> Überprüfung der Dokumentation und der Erfüllung/Umsetzung vor Ort (Praxisvisitation) | <ul style="list-style-type: none"> KPQM-Qualitätsbericht; Darstellung der Vertragsarztpraxis, Qualitätspolitik und Festlegung von mind. 2 Qualitätszielen (SMART-Regel) Darstellung von mind. 10 ausgewählten Kernprozessen (u. a. Notfall- und Beschwerdemanagement) Überprüfung des Qualitätsberichts und kollegiales Gespräch vor Ort (lernendes Audit) Weitere Anforderungen für Rezerifizierung (neue oder geänderte Prozesse, Aufzeichnungen von Beschwerdemanagement, Qualitätszielen und Teambesprechungen) | <ul style="list-style-type: none"> Erreichen von 55 % der KTQ-Gesamtpunktzahl (adjustiert) und 55 % der Punktzahl in der Kategorie 1 „Patientenorientierung“ Kurzfassung der KTQ-Beschwerdemanagementbericht Überprüfung der Dokumentation und Umsetzung vor Ort | <ul style="list-style-type: none"> Durchführung aller Elemente des EPA-Verfahrens: <ul style="list-style-type: none"> Selbstassessment Mitarbeiter- und Patientenbefragung Zuweiserbefragung (bei zuweisen starken Fachgruppen) Praxisbegehung Arztinterview Feedbackgespräch im Team 50 % Zielerreichung aller Indikatoren; 50% Zielerreichung in jeder Domäne Erfüllung von 19 sicherheitsrelevanten Indikatoren | Erfüllung aller Minimalanforderungen Zieldefinition Umsetzung von Zielen |
| In wie vielen Ländern findet das QM-System Anwendung? | Deutschland | Deutschland, Roll-out in Österreich denkbar | Deutschland | Österreich, Deutschland, Schweiz, Belgien, Slowenien | EPA in mehreren Ländern angewandt |
| Wie viele Praxen sind zertifiziert? | 629 Praxen/MVZ (Stand: 20.12.2013) | Rund 1300-1500 | k. A. | In Österreich 35 Zertifizierungen; 7 Rezerifizierungen | ca. 250 Praxen bzw. ca. 400 Ärzte |



Tabelle 13: Ausgewählte QM-Systeme im Überblick

| QM-System | QEP Qualität und Entwicklung in Praxen [®] | KPQM/KVWL KVWL-Praxisqualitäts- management | KTQ [®] „Kooperation für Transparenz und Qualität“ | EPA Europäisches Praxis- assessment | EQUAM Externe Qualitäts- sicherung in der Medizin |
|------------------------------|---|--|--|---|--|
| Beschreibung | | | | | |
| Schulung | QEP-Einführungseminar: circa €290,-, inkl. QEP-Qualitätsziel-Katalog QEP-Refresherkurse auf Anfrage bei den KV | €100 bis 350,-/Person | Je nach Anbieter unterschiedlich | Keine erforderlich; Informations- veranstaltung 2 Stunden; Kurs 14 Stunden | Workshops auf Anfrage |
| Unterlagen | QEP-Qualitätsziel-Katalog: €29,95 QEP-Manual inklusive CD-ROM mit Musterdokumenten: €199,- | KPQM 2006 (Basishandbuch): €29,95 | KTQ-Erfassungsoftware „KTQ-PRAX“ zur Generierung des KTQ-Qualitätsberichts; je nach Anzahl der Arbeitsplatz- lizenzen: €220,- bis 600,- KTQ-Manual mit Elementen: €39,80 KTQ-Handbuch: €29,80 | Kosten des Verfahrens: Erstzertifizierung €1925,- (Gesamtpreis inkl. MwSt.) Rezertifizierung €1525,- Gesamtpreis inkl. MwSt.) Im Gesamtpreis sind alle Befragungen, Materialien und die Visitation inkl. Fahrt- kosten enthalten: 3 Std. Praxisbegehung, ca. 1 Std. Arzt-Interview, ca. 2 Std. moderierter Teambesprechung, Ergebnisbericht | EQUAM-Praxisnetz-Standards (frei verfügbar unter: www.equam.ch); messbare Kriterien zur Beurteilung medizinischer Leistungen; laufende Aktualisierung unter Beitrag des aktuellen Forschungsstandes erstellt |
| Zertifizierung | Je nach Praxisgröße zwischen €1200,- und €2000,- Dies beinhaltet: Dokumentenprüfung, Gespräch mit der Praxisführung, 3 bis 8 Stunden Praxis- begehung (je nach Praxisgröße), Teamgespräch und Visitationsbericht, Zertifikat | Grundauditinggebühr: max. € 800,- Grundauditoriumfang: 3 Stunden Zusätzliche Aufwandsberechnung je Stunde: max. €200,- | Zwischen €2020,- und €4670,- je nach Praxisgröße | Im Gesamtpreis von €2.499,- ist eine Visitation enthalten: 60 Min. Praxis- begehung, ca. 90 Min. Arzt-Interview, ca. 2 Std. moderierter Teambesprechung, Ergebnisbericht. Das Zertifikat kostet zusätzlich € 120,-. | Preis für Grundversorger, Einzel- bzw. Doppelpraxen (Module A, B und C, inkl. EUROPEP): rund CHF 4000,- (€3250,-) zusätzlich: Zertifizierung Modul A CHF 500,- (€406,-) jährlich + Zertifizierung Modul C CHF 250,- (€203,-) pro Jahr und Arzt |
| Weitere Informationen | www.kbv.de/qm Beratungs- und Serviceangebote der KV | www.kvno.de www.kvwl.de www.primatum.de | www.ktq.de | www.europaeisches-praxisassessment.de | www.equam.ch |
| Kontakt | qep@kbv.de | joerg.otte@kvwl.de gisela.schmid@kvno.de | info@ktq.de | info@europaeisches-praxisassessment.at | sigrid.hess@equam.ch |

Anmerkung: Dieser Überblick basiert auf Angaben der KBV (<http://www.kbv.de/qep/11622.html>) und wurde anhand von Befragungen der angeführten Einrichtungen aktualisiert und ergänzt. Wir möchten uns an dieser Stelle für die Unterstützung bedanken, welche diese umfassende Darstellung ausgewählter QM-Systeme ermöglichte.

Der Quellennachweis
befindet sich im ersten
Teil auf Seite 20 des
Health System Watch-
Beitrages in der *Sozialen
Sicherheit* März 2014

