

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis	1
2 Abkürzungsverzeichnis	4
3 Einleitung	9
3.1 Das Gesundheitswesen	10
3.1.1 Demographische Einflüsse	13
3.1.2 Ökonomische Einflüsse	14
3.1.3 Politische Einflüsse	14
3.1.4 Einfluss neuer Technologien	15
3.1.5 OECD-Gesundheitsdaten 2010: Österreich, Schweiz und Deutschland im Vergleich	15
4 Methoden.....	19
4.1 Internetrecherche nach Suchmaschinen	19
4.2 Internetrecherchen in allgemeinen und Meta- Suchmaschinen.....	20
4.3 Internetrecherchen in speziellen Suchmaschinen und Datenbanken.....	25
5 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens in Österreich, Schweiz und Deutschland.....	28
5.1 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens in Österreich	28
5.2 Das Gesundheitssystem in Österreich	33
5.3 Gesetzliche Grundlagen für Qualität im österreichischen Gesundheitswesen.....	39
5.3.1 Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis	40
5.3.2 Qualitätssicherung in den Krankenanstalten	41
5.4 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens der Schweiz	44
5.5 Das Gesundheitssystem der Schweiz	46
5.6 Gesetzliche Grundlagen für Qualität im Gesundheitswesen der Schweiz	53
5.7 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland.....	57
5.8 Das Gesundheitssystem in Deutschland.....	63
5.9 Gesetzliche Grundlagen für Qualität im Gesundheitswesen	71
5.9.1 Qualitätsmanagement im stationärem Bereich.....	74
5.9.2 Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung	79
6 Europäische Union	83
6.1 Beziehungen der Schweiz zu Europäischen Union im Bereich Gesundheitswesen	84
7 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	85
7.1 Qualitätsmanagement in der Medizin	85
7.2 Begriffsbestimmungen	85
7.3 Historische Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten.....	87
7.4 Qualitätsmanagementsysteme nach International Organization for Standardization (ISO).....	89
7.4.1 EN ISO 9000ff:1994	89
7.4.2 EN ISO 9000ff:2000	90
7.5 Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®)	92
7.6 proCum Cert.....	94
7.7 European Foundation for Quality Management (EFQM)	94
7.7.1 Committed to Excellence	96
7.7.2 Recognised for Excellence	98
7.7.3 EFQM Excellence Award (EEA).....	98
7.8 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	99
8 Ergebnisse	102

8.1 Qualitätsmanagement im österreichischem Gesundheitswesen	102
8.1.1 Qualitätsmanagement im stationären Bereich	102
8.1.1.1 Qualitätsmanagementsysteme in öffentlichen Akutkrankenanstalten.....	103
8.1.2 Qualitätsmanagementsystem der AUVA	104
8.1.3 Qualitätsmanagementsysteme in den Bundesländern	105
8.1.3.1 Burgenland	105
8.1.3.2 Kärnten	105
8.1.3.3 Niederösterreich	105
8.1.3.4 Oberösterreich	106
8.1.3.5 Salzburg.....	106
8.1.3.6 Steiermark	107
8.1.3.7 Tirol.....	107
8.1.3.8 Vorarlberg	107
8.1.3.9 Wien	107
8.1.4 Qualitätsmanagementsysteme in privaten Akutkrankenanstalten.....	109
8.1.5 Qualitätsmanagementsysteme in Rehabilitationseinrichtungen	110
8.1.6 Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich.....	111
8.1.6.1 Europäische Praxisassessment EPA.....	111
8.2 Qualitätsmanagement im Schweizer Gesundheitswesen	114
8.2.1 Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Stiftung SanaCERT Suisse)	114
8.2.2 Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ - Association nationale pour le développement de la qualité).....	117
8.2.3 Qualitätsmanagement im stationären Bereich	118
8.2.3.1 QuaTheDa	119
8.2.3.2 2Q	120
8.2.4 Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich.....	120
8.2.4.1 EQUAM-Stiftung	121
8.2.4.2 Quali-med-net.....	122
8.2.4.3 TOPAS\./CH-Konsortium	123
8.3 Qualitätsmanagement im deutschem Gesundheitswesen	125
8.3.1 Qualitätsmanagement im stationären Bereich	125
8.3.1.1 Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK)	127
8.3.2 Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich.....	128
8.3.2.1 Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP.....	128
8.3.2.2 Europäische Praxisassessment EPA.....	131
8.3.2.3 Stiftung Praxissiegel e. V.	131
8.3.2.4 QISA Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung ...	132
8.3.2.5 KPQM 2006 Kassenärztliche Vereinigung Praxis Qualitätsmanagementsystem	132
8.3.2.6 qu.no - Qualitätsmanagement Nordrhein	133
8.3.2.7 KTQ für Praxen und MVZ.....	136
8.3.2.8 Zahnärztliches Praxis Management System (Z-PMS)	137
8.3.3 Befragung der Praxen durch Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008	138
8.3.4 Studie der Stiftung Gesundheit 2009	139
9 Zusammenfassung	143
9.1 Zusammenfassung Österreich	144
9.2 Zusammenfassung Schweiz	146
9.3 Zusammenfassung Deutschland	147
10 Schlussfolgerung	148

11 Literatur.....	149
11.1 Internetadressen.....	152
12 Abbildungsverzeichnis.....	163
13 Tabellenverzeichnis.....	164

2 Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraf
2 Q	Qualität und Qualifikation
AFQM	Austrian Foundation for Quality Management
AGQ	FMH Arbeitsgruppe Qualität der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeine Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt
AVM	alternative Versicherungsmodelle
ÄrzteG	Ärztegesetz
BAG	Bundesamts für Gesundheit Schweiz
BASPO	Bundesamt für Sport Schweiz
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie Schweiz
BFS	Bundesamt für Statistik Schweiz
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung Schweiz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BfArM	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen
BQLL	Bundesqualitätsleitlinien
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung Schweiz
BV	Bundesverordnung
CIRS	Critical Incident Reporting System
CT	Computertomografie-Scanner

DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DIN	Deutsches Institut für Normung
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management Programmen
DQS	Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen
ECDC	Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
EA/IAF	European Accreditation/International Accreditation Foundation
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EEA	EFQM Excellence Award
E.F.Q.M.	European Foundation for Quality Management
EG	Europäische Gemeinschaft
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EPA	Europäisches Praxisassessment
EQA	European Quality Award
EQUAM	Stiftung für externe Qualitätskontrolle in der Medizin
EU	Europäische Union
EUROPEP	Patientenbefragung
EWRS	Frühwarn- und Reaktionssystem der EU
FGÖ	Fonds gesundes Österreich
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GESPAG	Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals AG
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GMP	Good Manufacturing Practice
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GPK-S	Geschäftsprüfungskommission des Ständerates
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz

GSVG	Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz
H+	Vereinigung der Schweizer Spitäler
HMO	Health Maintenance Organization
HTA	Health Technologie Assessment
IHR	Internationale Gesundheitsvorschrift
IQNET	International Quality Network
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
IVQ	Interkantonaler Verein für Qualitätssicherung und Förderung in den Spitätern
JCAHO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
JCI	Joint Commission International
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIQ	Koordinationsstelle der Schweizer Verbände der Spitäler und der Krankenversicherer
KKP	Kaufkraftparität
KPQM 2006	Qualitätsmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
KTQ	Kooperation für die Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KTQ-PRAX	KTQ-Software
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVV	Krankenversicherungsverordnung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LBI	Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus

MRI	Magnetresonanztomografen
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
Nr.	Nummer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
obsan	Gesundheitsobservatorium Schweiz
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖKAP/GGP	Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
pCC	proCumCert
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QISA	Indikatorensystem
QM	Qualitätsmanagement
QMK	Qualitätsmodell Krankenhaus
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS-VO	Qualitätssicherungs-Verordnung
Quali-med-net	Qualitätsinstrument für Ärzte Netzwerke
qu.no	Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
QuaTheDA	Qualität Therapie Drogen Alkohol
RKI	Robert-Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
SanaCERT	Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
santésuisse	Verband der schweizerischen Versicherer
SAQ	Swiss Association for Quality
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft Schweiz
SGB	Sozialgesetzbuch
Spitex	spitalexterne Krankenpflege

SQG	Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen
SQS	Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
TARMED	Tarifsystem für Behandlungen in Arztpraxen und Spitälern in der Schweiz
TOPAS\./CH-Konsortium	Kooperationsplattform für Qualitätsförderung in Hausarztpraxen
TQM	Total Quality Management
USA	United States of America
VISOTOOL®	EPA-Online-Datenbank
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organisation
z.B.	Zum Beispiel

3 Einleitung

Das Gesundheitswesen weist in seiner Beschaffenheit, dem Zusammenhang mit anderen Wirtschaftszweigen und Tätigkeitsfeldern eine sehr komplexe und verzweigte Struktur auf. In dieser Arbeit werden für die Analyse notwendiger Teile der Struktur und der Funktionsweise des Gesundheitswesens in den deutschsprachigen Ländern, Deutschland, Österreich und Schweiz beschrieben. Um die Funktionsweise, derzeitige Spannungsfelder und Defizite im Gesundheitswesen und deren Auswirkung auf die Qualität in den Systemen zu analysieren, bedarf es einer Betrachtung der geschichtlichen Entstehung und Entwicklung der Sozial- und Gesundheitssysteme dieser Länder sowie deren Eigenschaften heute. Diese Punkte und die Analyse der gesetzlichen Grundlagen betreffend Qualität im Gesundheitswesen werden im ersten Teil der Diplomarbeit beschrieben. Es wird ein Vergleich zwischen den Ländern, ihre Beziehungen zur Europäischen Union, sowie der vorläufige Stand der Vorgaben, und der zukünftige Plan der Europäischen Union im Bereich des Gesundheitswesens auf der EU Ebene dargestellt.

Die geforderten Qualitätskriterien sind der Bestandteil der verschiedenen Qualitätsmanagementsysteme. Aus diesem Grund werden die Qualitätsmanagementsysteme allgemein, ihre Anwendung, Funktionsweise und Verbreitung in den Sektoren des Gesundheitswesens im zweiten Teil der Diplomarbeit beschrieben.

Der besondere Fokus wird auf die Funktionsweise der Mechanismen zur Qualitätssicherung, Qualitätslenkung und Qualitätskontrolle gelegt, die den Zwecken eines Qualitätsmanagements und den darauf aufbauenden Qualitätsmanagementsystemen dienen. Insbesondere werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen und ihre Anwendung in den Sektoren des Gesundheitssystems in den Ländern betrachtet und analysiert, sowie die Art und der Stand der Umsetzung dieser Vorgaben. Es wird primär der Augenmerk auf den ambulanten Bereich, der niedergelassenen Ärzte und den stationären Bereich, der Krankenanstalten gelegt. Dazu werden die verschiedenen Ansätze zur Umsetzung dieser Qualitätskriterien der betrachteten Länder im jeweiligen Bereich analysiert und beschrieben.

Es werden auch einige Betrachtungen der sozioökonomischen Aspekte sowie die Auswirkungen der Qualitätsmanagementsysteme und der Verbreitung des Qualitätsgedanken im Gesundheitswesen, ihre Akzeptanz und die Folgen in der Beziehungen zwischen Arzt, Patient, Kranken- und Sozialversicherungen und der staatlichen Strukturen und Organisationen festgehalten. Anschließend wird eine Gesamtübersicht der Ergebnisse gegeben und eine Analyse der daraus gewonnen Daten und Fakten dargestellt.

3.1 Das Gesundheitswesen

Gesundheit ist nach der Gesundheitsdefinition der WHO ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.

Die organisierte Betreuung der Kranken und Gebrechlichen findet seine Anfänge in den Tempelanlagen Ägyptens und der Antike, über Mittelalterliche Kloster und „Hospizen“ bis zu heutigen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Diese Betreuung wurde im Laufe der Zeit immer komplexer, größer und teurer. Aus diesen Einrichtungen entwickelten sich im Laufe der Zeit die universellen Krankenanstalten von heute.

Die damalige Sichtweise und die primäre Absicht, den Kranken zu helfen oder sie zu heilen wurde durch die Komponenten der technologischen, politischen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung bereichert und verbessert, und ist der Grundgedanke der Gesundheitssysteme von heute.

Das Gesundheitssystem dient der Organisation der Versorgung der Bürger eines Staates mit gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Waren. Dabei ergeben sich Schnittstellen mit dem Bildungssystem, Wirtschaftssystem und dem System der sozialen Sicherung [40].

Das heutige Gesundheitswesen kann grob in zwei Bereiche gegliedert werden, in ambulante und stationäre Versorgung. Aufgrund der Komplexität und der Zahl der Leistungserbringer und Leistungsnehmer in diesen Bereichen genügt es seit langem nicht mehr die vorhandenen Strukturen der Versorgung mit bisherigen Ansätzen den wachsenden Herausforderungen entgegenzuwirken [22,23]. Die fortschreitende Patientenaufklärung und der Wunsch der Behandelten die bestmögliche medizinische Versorgung zu bekommen, der Fortschritt, der Wettbewerb und die Ausgaben im Gesundheitswesen sowie die demografischen Umstände bringen die Frage nach der Finanzierbarkeit und dem Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen in den sozialen, politischen und ökonomischen Mittelpunkt.

Die Gesundheitssysteme können im Wesentlichen folgenden Systemmodellen zugeordnet werden [40]:

- Beveridge-Modell
- Bismarck-Modell
- Markt-Modell

Das Beveridge-Modell (Nationaler Gesundheitsdienst)

Beim Beveridge-Modell handelt es sich um ein universelles Basis- und Grundsicherungssystem. Die gesamte Bevölkerung ist in die Absicherung eingeschlossen. Die Finanzierung wie auch die Bereitstellung von Leistungen ist in der Regel staatlich organisiert, was heißt, dass die Mittelaufbringung aus dem Staatsbudget erfolgt und die Leistungserbringer in einem Beschäftigungsverhältnis mit der öffentlichen Hand stehen.

Das Bismarck-Modell (Sozialversicherungsmodell)

Das Bismarck-Modell eines Sozialversicherungssystems wird weitgehend durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und/oder Arbeitgebern finanziert. Die Leistungserbringung steht unter staatlicher Aufsicht, wird jedoch auch privat erbracht.

Das Markt-Modell (Privatwirtschaftsmodell)

Im Markt-Modell werden die Gesundheitsleistungen überwiegend privat finanziert. Die Bereitstellung und die Leistungserbringung erfolgt ebenfalls privat, was bedeutet, dass dieses Modell relativ geringen staatlichen Einflüssen und Kontrollen unterliegt. Ein Markt bzw. ein Wettbewerb kann jedoch auch in anderen Systemen außer einem reinen Markt-Modell zustande kommen und ist von der wechselseitigen Beziehung der Akteure abhängig. So können folgende Märkte unterschieden werden:

- Versicherungsmarkt

Im Versicherungsmarkt stehen, wie in Deutschland, die Leistungszahler in einem Wettbewerb um die Leistungsempfänger.

- Expertenmarkt

Die Leistungserbringer stehen im Expertenmarkt in einem Wettbewerb um die Leistungszahler. Als Beispiel kann die Struktur in Großbritannien angeführt werden, wo vom nationalen Gesundheitssystem ausgehend, Leistungen bei im Wettbewerb stehenden Anbietern gekauft werden.

- Leistungsmarkt

Im Leistungsmarkt findet ein Wettbewerb zwischen den Akteuren Leistungserbringer und Leistungsempfänger statt. Der Leistungsmarkt, wie das Wahlarztsystem in Österreich, ist in Gesundheitssystemen, welche eine Bismarck´sche Prägung haben, vorhanden.

Die Regierungen sehen immer mehr den Bedarf die vorhandenen Strukturen im Gesundheitswesen neu zu regulieren und zu gestalten.

Die schon seit Jahrzehnten in der Industrie verlangte und gelebte Qualität ist in der globalen Ökonomie nicht mehr wegzudenken. Auf dieser Ebene gibt es eine Vielzahl der Organisationen, Qualitätsmodelle und Abkommen über Qualitätssicherung und Zertifikate die diese Qualität bezeugen.

Im Gesundheitswesen gab es diesen Fortschritt nicht in dem Ausmaß. Die ersten Richtlinien und Normen wurden in den USA von der Joint Commission in Health Care Mitte der 50-er Jahre geschaffen [101]. Im europäischen Raum ist dieser Fortschritt erst seit den 70-er Jahren beobachtbar, [12] wobei es hier keine einheitliche Struktur oder Qualitätskriterien gab.

Aufgrund seiner geopolitischen Eigenschaften sowie der geschichtlichen Entwicklung ist der europäische Gesundheitssektor in seiner Beschaffenheit sehr unterschiedlich in den Bereichen der technischen Ausstattung der Einrichtungen im Gesundheitswesen, Zahl und den Ausbildungsstand des medizinischen Personals, sowie der demografischen Strukturen der Bevölkerung und der Art der Finanzierung der Gesundheitssysteme.

Seit dem Anfang der 90-er Jahre versuchen die Regierungen verstärkt, vor allem wegen den steigenden Kosten, die vorhandenen Strukturen des Gesundheitswesens umzugestalten und die Qualität in dem Gesundheitssektor gesetzlich zu verankern [17,19,23].

Dies hat dazu geführt dass es seitens der Gesetzgeber eine Reihe von Gesundheitsreformen gegeben hat mit dem Ziel einheitliche Qualitätsstandards im Gesundheitswesen zu erreichen.

Die Regierungen von Bundesrepublik Deutschland, Republik Österreich und Schweiz sind hier unterschiedliche Wege gegangen.

Die Abbildung eins zeigt die wichtigsten Faktoren und Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Gesundheitswesens auf die in den folgenden Kapiteln näher eingegangen wird.

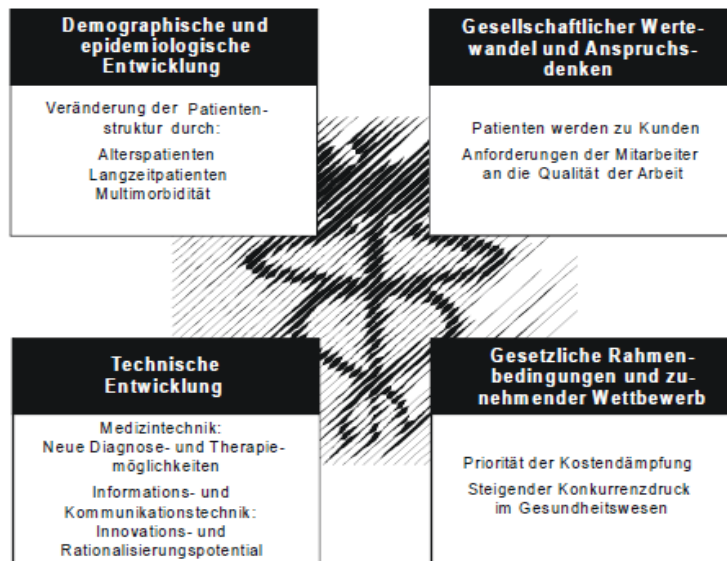


Abbildung 1: Wandel der äußeren Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen [67]

3.1.1 Demographische Einflüsse

Die Regierungen und die Gesundheitssysteme der deutschsprachigen Länder, als auch in dem Rest der Industrieländer, sehen sich mit der Frage der medizinischen Versorgung und Pflege der alternden Bevölkerung, und der daraus resultierenden Folgen für die Gesamtwirtschaft seit Anfang der 90-er Jahre konfrontiert. Der höhere Lebensstandard und die bessere medizinische Versorgung im Zusammenhang mit der sinkenden Natalität werfen sowohl die Frage nach der Finanzierungsmöglichkeiten, als auch der Umstrukturierung des Gesundheitswesens in den vorhandenen Strukturen, besonders in Geriatrie und der Pflege der alternden Bevölkerung [37].

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in diesem Bereich sind in ihrer Umsetzung Aufgrund der zersplitterten Finanzierung der Anstalten, teils aus öffentlicher Hand bzw. durch Sozial und Pensionsversicherungen, und teils durch Private oder konfessionelle Einrichtungen eher komplex. Das mangelnde Pflegepersonal und die unterschiedliche Qualität im Ausbildungsstand der Arbeitskräfte in diesem Gesundheitsbereich wirken sich negativ auf die Qualitätsbemühungen in diesem Sektor des Gesundheitswesens.

3.1.2 Ökonomische Einflüsse

Bedingt durch die demographische Lage und die Entwicklung, die derzeitige Wirtschaftskrise, und die vorhandene Struktur des Gesundheitswesens und den daraus resultierenden Kosten wird die Finanzierung des Gesundheitswesens insgesamt erschwert. Die notwendigen Ansätze zur Kosteneindämmung Anfangs der 90-er Jahre tragen nicht zur finanziellen Entspannung im Gesundheitssektor bei [22,23].

Hier gibt es verschiedene Ansätze die Ausgaben im Gesundheitsbereich konstant zu halten, und wenn möglich zu senken. Die Gesundheitsökonominnen [16] sehen grundsätzlich in diesem Bereich drei Möglichkeiten zur Deckung der Ausgaben im Gesundheitswesen:

- es werden Gelder von anderen Wirtschaftszweigen abgezogen
- die Mehrkosten werden von der Bevölkerung getragen
- es kommt zu einer Steigerung des BIP

Der Ansatz für die derzeitige Finanzierung der steigenden Kosten ist die Kombination der ersten zwei angeführten Möglichkeiten, wobei in jedem der drei Länder nach den Einsparungspotentialen gesucht wird, vor allem im stationären Bereich. Die im Vergleich zu anderen EU-Ländern oder USA zu hohe Anzahl der Betten sowie überdurchschnittliche Verweildauer in den Krankenanstalten sind sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz und Österreich signifikant [75, 129, 130]. Es wird eine Optimierung der Organisation, verbesserte Steuerung der Ressourcen und eine Verhaltensänderung des beschäftigten Personals in den Krankenanstalten angestrebt.

3.1.3 Politische Einflüsse

Durch mehrere Reformen des Gesundheitswesens, oder einzelner Sektoren versuchen die Regierungen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Änderungen im Gesundheitswesen zu schaffen.

Waren es die Wiedererrichtung, die Änderungen in der Versorgungsstruktur, die Planung der Infrastruktur sowie die Phasen der Kostendämpfung nach dem Zweiten Weltkrieg, findet seit der 90-er Jahre auch eine notwendige Entwicklung der Ansätze in Richtung Qualität auch bei den Gesetzgebern statt [57].

Die essentielle Bedeutung des Gesundheitswesens für die Bevölkerung und die damit in der Verbindung stehenden, manchmal irrationalen politischen Entscheidungen, sowie die wirtschaftliche Abhängigkeit der Akteure auf allen Ebenen untereinander und die

vorhandenen Macht- und Monopolstrukturen, spielen in den Abläufen und den Organisation der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle [23]. Der Einfluss des Gesetzgebers sowie die Vorgaben der Qualitätskriterien sind in den drei Ländern nicht von der gleichen Ausprägung. Die Zuständigkeiten, der Kompetenzbereich der Regierungen, sowie die geltenden Gesetze im Gesundheitswesen auf nationaler und der Ebene der Europäischen Union, mit besonderem Augenmerk auf das Qualitätsmanagement, werden in den folgenden Kapiteln für das jeweilige Land einzeln beschrieben und analysiert.

3.1.4 Einfluss neuer Technologien

Der technologische Fortschritt durchdringt alle Wirtschaftssektoren mit neusten Errungenschaften die auch im Gesundheitswesen ihre Anwendung finden. Es handelt sich dabei vor allem um neue Medikamente und medizinische Technologien. Die Pharmaindustrie erzielt jährlich ein Gewinn von 30% vom Umsatz, während in anderen Industriezweigen ein Gewinn von 4 bis 15% erzielt wird [23,52].

Der Fortschritt in Wissenschaft und Technik ist einer der stärksten Dynamikfaktoren für die Gesundheitssysteme. Aufgrund der hochentwickelten Medizintechnik steht im Diagnose- und Therapiebereich ein sehr breites Spektrum unterschiedlichster Methoden und Verfahren zur Verfügung, was letztendlich zu erhöhtem Ressourcenverbrauch führt, weil mehr und mehr komplexe und kostenintensive Leistungen durchgeführt werden. Mittels Computertomographen, Magnetresonanzgeräte oder Positronen-Emissions-Tomographen werden mehr Krankheiten entdeckt als es mit den bisherigen Methoden möglich gewesen wäre. Therapieverfahren wie Chemotherapie, Mikrochirurgie oder in Zukunft die Gentechnologie erhöhen die Behandlungsmöglichkeiten und führen in den meisten Fällen zu höheren Kosten im Gesundheitswesen. Laut der Statistik der OECD für 2010 hat sich in der Zeit von 2000 bis 2008 die Anzahl der Magnetresonanzgeräte pro Einwohner im Länderdurchschnitt mehr als verdoppelt [129,130].

3.1.5 OECD-Gesundheitsdaten 2010: Österreich, Schweiz und Deutschland im Vergleich

In Österreich und Deutschland beliefen sich die Gesamtausgaben für Gesundheit im Jahr 2008 auf 10,5% des BIP, in der Schweiz 10,7%. Damit lagen die drei Länder um mehr als einen Prozentpunkt über dem OECD-Durchschnitt von 9,0% [129]. Den mit Abstand höchsten

Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung verzeichnen die Vereinigten Staaten, wo sich die Gesundheitsausgaben 2008 auf 16% des BIP beliefen, gefolgt von Frankreich (11,2%), der Schweiz (10,7%), Deutschland und Österreich mit je (10,5%).

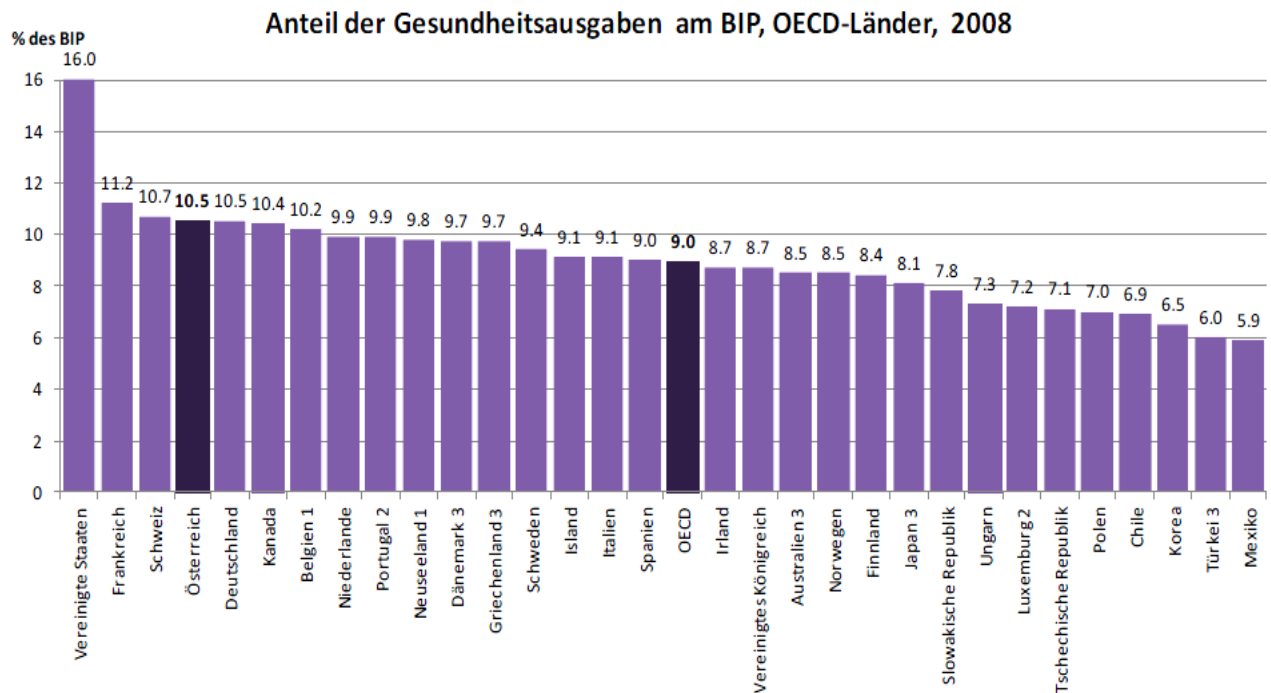


Abbildung 2: Laufende Gesundheitsausgaben der OECD Länder; 2. 2006- 3. 2007 [129]

Auch auf Pro-Kopf-Basis lagen die Gesundheitsausgaben der drei Länder in 2008 über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 3,060 US-\$: Österreich mit 3,970 US-\$, Schweiz mit 4,627 US-\$, und Deutschland mit 3,737 US-\$ (in Kaufkraftparitäten).

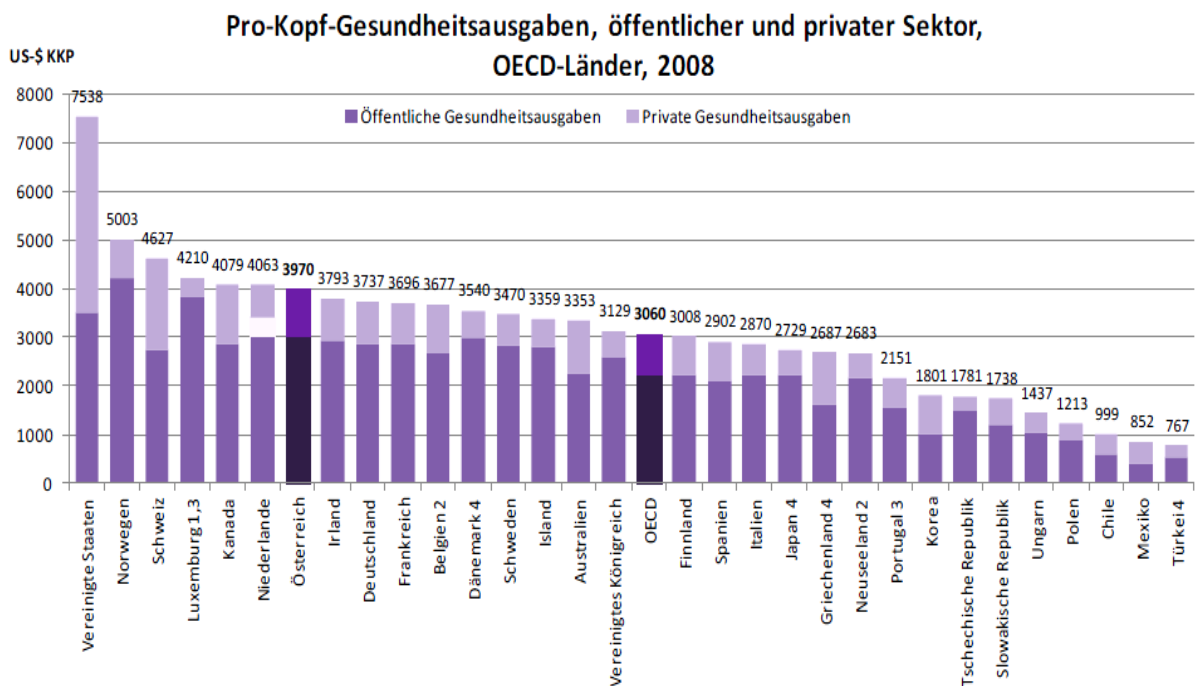


Abbildung 3: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor OECD Länder 2008 [130]

Die Daten sind in US-Dollar, bereinigt um Kaufkraftparitäten (KKP), ausgedrückt, was einen Ländervergleich der Ausgaben auf einer gemeinsamen Basis ermöglicht. KKP sind die Raten der Währungsumrechnung, die die Kosten eines gegebenen „Korbs“ von Waren und Dienstleistungen in verschiedenen Ländern auf das gleiche Niveau bringen.

Die Gesundheitsausgaben sind in Österreich zwischen 2000 und 2008 real um durchschnittlich 2.3% pro Jahr gestiegen, in der Schweiz zwischen 2000 und 2007 real um durchschnittlich 2.1%, und in Deutschland zwischen 2000 und 2008 real um durchschnittlich 1,6% pro Jahr gestiegen. Das war der geringste Anstieg unter den OECD-Ländern in diesem Zeitraum. Die durchschnittliche Zuwachsrate bei den Gesundheitsausgaben lag in den OECD-Ländern zwischen 2000 und 2008 bei 4,2% jährlich. Das relativ langsame Wachstum der Gesundheitsausgaben in Deutschland ist teilweise Kostendämpfungsmaßnahmen zuzuschreiben, die im Rahmen der Gesundheitsreformen eingeführt wurden.

In Österreich lag der öffentliche Anteil 2008 bei 76.9% und damit über dem OECD-Durchschnitt von 72.8%. Der Anteil der Finanzierung aus öffentlichen Mitteln in der Schweiz lag mit 59,3% unter dem OECD-Durchschnitt von 72,8%. In Deutschland lag der öffentliche Anteil an Gesundheitsausgaben 2008 bei 76,8%, und mithin über dem OECD-Durchschnitt von 72,8%.

Im Jahr 2008 kamen in Österreich auf 1,000 Einwohner 4,6 niedergelassene Ärzte, verglichen mit 3,2 Ärzten je 1,000 Einwohner im Durchschnitt der OECD-Länder. Indessen lag Österreich mit 7,5 praktizierenden Krankenpflegerinnen und -pflegern je 1,000 Einwohner unter dem OECD-Durchschnitt von 9,0. Im Jahr 2008 kamen in Deutschland auf 1,000 Einwohner 3,5 niedergelassene Ärzte, verglichen mit 3,2 Ärzten je 1,000 Einwohner im OECD-Durchschnitt. Mit 10,6 praktizierenden Krankenpflegerinnen und -pflegern je 1,000 Einwohner lag Deutschland auch hier leicht über dem OECD-Durchschnitt von 9,0.

In der Schweiz kamen 2007 3,9 niedergelassene Ärzte auf 1,000 Einwohner, eine Zahl, die deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 3,1 Ärzten pro 1,000 Einwohnern liegt. Ebenso ist die Versorgung mit 14,9 Krankenpflegern pro 1,000 Einwohner weit über dem OECD-Durchschnitt von 9,6 Krankenpflegern pro 1,000 Einwohner.

Für die Akutversorgung standen 2008 in Österreich 5,6 Betten je 1,000 Einwohner, in Deutschland 5,7 Betten je 1,000 Einwohner zur Verfügung, und damit deutlich mehr als im OECD-Durchschnitt, wo 3,6 Betten auf 1,000 Einwohner kamen. Für die Akutversorgung

standen 2007 in der Schweiz 3,5 Krankenhausbetten pro 1,000 Einwohner zur Verfügung. Das ist nah an dem Durchschnitt der OECD-Staaten mit 3,8 Krankenhausbetten pro 1,000 Einwohner.

In den vergangenen zehn Jahren hat das Angebot an neuen Diagnosetechniken, wie z.B. Computertomografie-Scannern (CT) und Magnetresonanztomografen (MRI) in den meisten OECD-Ländern stark zugenommen. In Österreich hat sich die Zahl der MRI-Einheiten im Laufe der Zeit von rund 7 je eine Million Einwohner im Jahr 1996 auf 18 im Jahr 2008 erhöht. Hiermit liegt Österreich deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 12,6 MRI-Einheiten je eine Million Einwohner. Nur Japan, die Vereinigten Staaten Italien und Island verzeichnen mehr MRI-Einheiten pro Kopf der Bevölkerung. Auch die Zahl der CT-Scanner pro Kopf ist in Österreich relativ hoch, mit 29,9 Geräten je eine Million Einwohner, gegenüber einem OECD-Durchschnitt von 23,8. Japan weist die mit Abstand größte Dichte von MRI-Geräten und CT-Scannern auf.

Die Zahl der Magnetresonanztomografen in der Schweiz lag 2007 bei 14,4 MRI pro einer Million Einwohnern und damit deutlich über dem OECD Durchschnitt von 11 pro einer Million Einwohner, jedoch bei der Anzahl der Computertomografie-Scannern mit 18,7 pro einer Million Einwohner unter dem OECD-Durchschnitt von 20,2

2008 lag die Lebenserwartung bei Geburt für die gesamte Bevölkerung in Österreich bei 80,5 Jahren und damit um etwas mehr als ein Jahr über dem OECD-Durchschnitt von 79,4 Jahren. Unter den OECD-Ländern ist die Lebenserwartung in Japan (mit 82,7 Jahren) am höchsten, gefolgt von der Schweiz mit 81,7 Jahren, Australien und Italien [130]. 2008 lag die Lebenserwartung bei Geburt für die gesamte Bevölkerung in Deutschland über dem OECD-Durchschnitt bei 80,2 Jahren.

4 Methoden

4.1 Internetrecherche nach Suchmaschinen

Die in der Aufgabenstellung geforderte Internetrecherche erfolgte systematisch in mehreren Arbeitsvorgängen. Zuerst wurde nach den Internetsuchmaschinen gesucht und ihre Verflechtung analysiert. Als Vorlage diente das „Handbuch Internet Recherche“ vom Reiner Werle [178]. Die Suche nach Suchmaschinen und deren Eigenschaften und Beziehungen im Internet erfolgte zuerst auf den drei größten Internetverzeichnissen für Suchmaschinen: Refdesk, Supersearch und Collossus.

Anschließend wurde die Testphase durchgeführt. Es wurden Abfragen an den Suchmaschinen mit dem Begriff „Gesundheitswesen“ getätigt. Bei dem Internetverzeichnissen für Suchmaschinen Refdesk waren es 52, bei Supersearch 81 und bei Collossus 45 Suchmaschinen an denen die Abfragen durchgeführt wurden. Durch diese Abfragen an den Suchmaschinen war es auf Grund der Anzahl und der Inhalte der Treffer schon möglich, die Strukturen der Verbindungen zwischen den Suchmaschinen zu erkennen. Die Abbildung vier vom ITIB (Informationstechnik in Berlin) zeigt eine unvollständige Verflechtung der Suchmaschinen im Bezug auf den Fluss der Suchergebnisse als Beispiel.

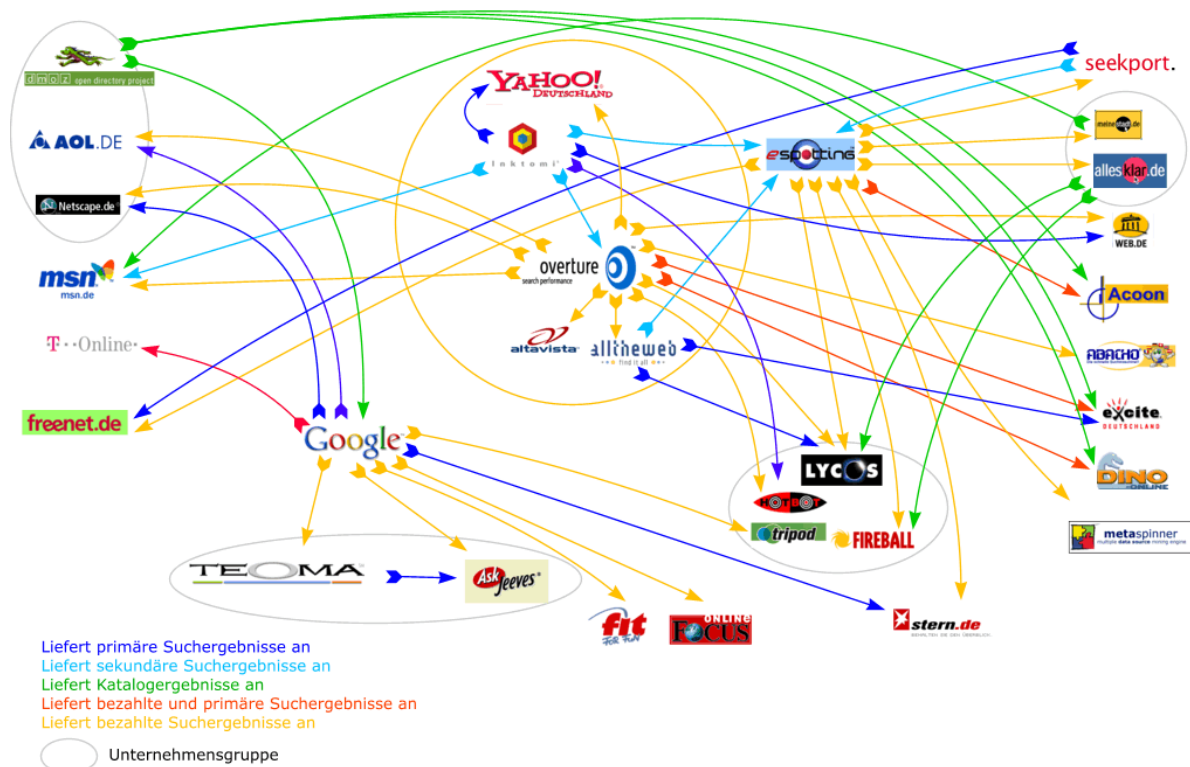


Abbildung 4: Suchmaschinen Verflechtung (Stand 17.12.2004) [176]

Danach wurden die Suchalgorithmen und die Funktionsweise der Suchmaschinen, die einen Treffer bei der Testphase aufwiesen, analysiert. Aufgrund dieser Analyse wurden die acht größten Suchmaschinen ausgewählt, da sich herausgestellt hat, dass die kleinen, lokalen und viele nichtdeutschsprachigen Suchmaschinen auf die großen Suchmaschinen verlinkt sind, oder dass die Treffer in den Suchportalen die gesuchten Inhalte nicht enthalten.

4.2 Internetrecherchen in allgemeinen und Meta- Suchmaschinen

Die Meta-Suchmaschinen führen die Abfragen bei den gängigsten Suchmaschinen und liefern die Ergebnisse als Summe der Ergebnisse aller Suchmaschinen auf der sie eine Suchabfrage tätigen.

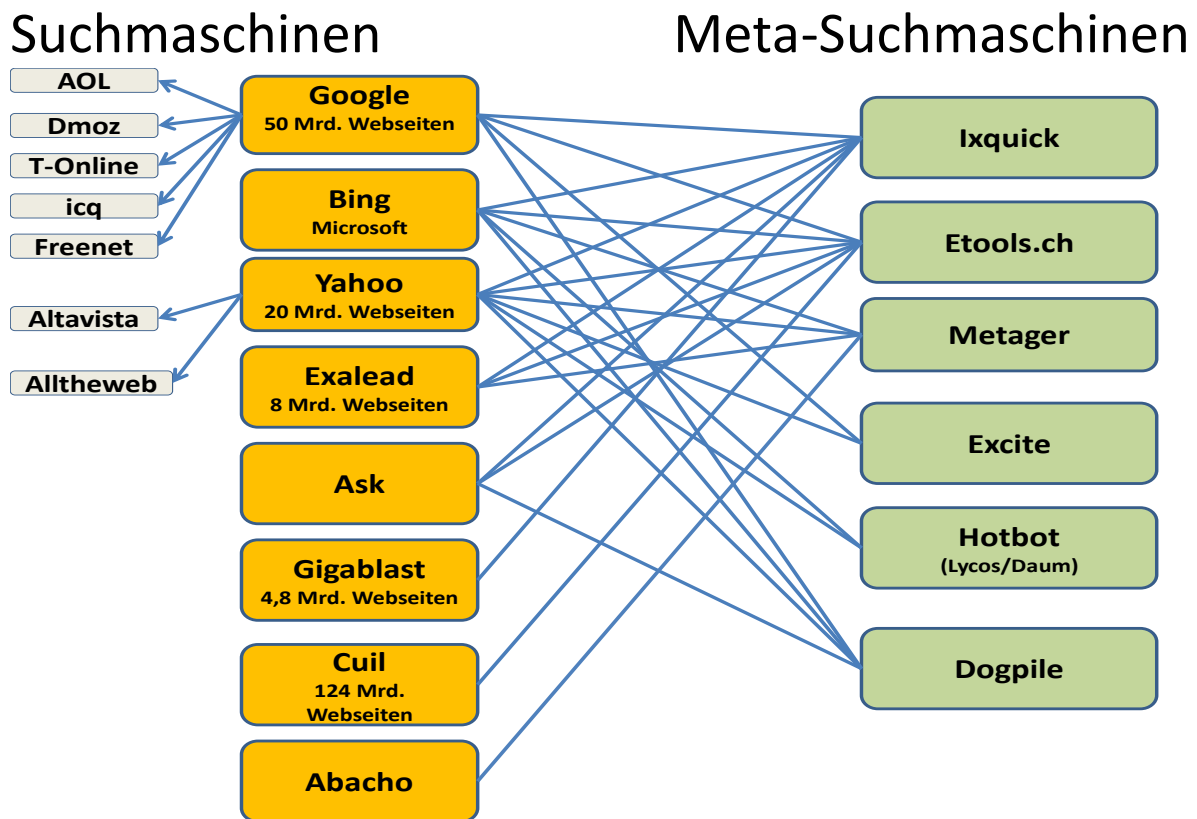


Abbildung 5: Verflechtung der allgemeinen und Meta-Suchmaschinen nach [178]

Die Verflechtung der Suchmaschinen ist in der Abbildung fünf dargestellt. Aus der Testphase der Meta-Suchmaschinen konnte man nicht genau bestimmen nach welchem Suchalgorithmus und in welcher Reihenfolge die Ergebnisse, die nach jedem erneuten aktivieren der Suche

geliefert wurden. Aus diesem Grund, und wegen der Verflechtung der Suchmaschinen die eine größtmögliche Abdeckung der Daten gewährleistet, wurde nach der Testphase entschieden, die Internetrecherche über Meta-Suchmaschinen abubrechen.

Da die Suchmaschinen Google, Bing, Yahoo und Abacho auch die Möglichkeit einer regional begrenzter Suche für das jeweilige Land, mit den domain reports der Länder .at, .ch und .de, sowie eine Websuche mit dem domain report .com anbieten, wurde die Suche getrennt für jedes Land und anschließend über das ganze Web bei der jeweiligen Suchmaschine durchgeführt mit der Eingrenzung der Treffer auf Deutsche Sprache.

Da der Oberbegriff „Gesundheitswesen“ die Trefferquote von mehreren Millionen bei der Suchabfrage erwies, wurden dann Kombinationen mit weiteren Schlüsselwörtern gemacht, um die Suche an den Suchmaschinen effizienter durchzuführen. Die Analyse der Treffer lieferte einen ersten Einblick in die Thematik. Während der Suche war zu bemerken dass die Begriffe „Gesundheitssystem“ und „Gesundheitsversorgung“ im gleichen Sinn wie Gesundheitswesen verwendet werden und bei den Ergebnissen auftauchen. Aus diesem Grund wurden diese auch als Oberbegriffe für die Kombination mit weiteren Schlüsselwörtern in die Recherche aufgenommen.

Es erfolgte eine Erweiterung und Kombination der Suchbegriffe da die Akteure im Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen einige Wörter branchenspezifisch verwenden, wie zum Beispiel Ärzte den Begriff „Qualitätssicherung“ für fast alle Maßnahmen oder Werkzeuge für die Anwendung des Qualitätsmanagements benutzen.

Da es unterschiedliche Qualitätsanforderungen seitens der Gesetzgeber für den ambulanten und stationären Bereich gibt, wurden die Begriffe: Qualitätsdaten, Qualitätsberichterstattung und Qualitätsindikatoren in die Suche mit einbezogen. Anschließend wurden die Begriffe, die im Bezug auf das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen vom jeden Gesetzgeber gefordert werden und die wesentlichsten Eckpunkte eines Qualitätsmanagementsystems darstellen, (Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität) als Schlüsselwörter in der Kombination mit den Oberbegriffen für die Suche gewählt. So entstand eine Liste der Suchbegriffe und deren Kombinationen die nach der Abfrage der Suchmaschinen möglichst viele gezielte und themenbezogene Treffer liefern soll.

Oberbegriffe:	gesundheitswesen	gesundheitssystem	gesundheitsversorgung
kombiniert mit den Suchbegriffen:	Land (österreich,schweiz,deutschland)		
	qualität		
	qualitätsmanagement		
	qualitätsmanagementsystem		
	qualitätssicherung		
	qualitätsmodelle		
	qualitätsdaten		
	qualitätsberichterstattung		
	qualitätsindikatoren		
	prozessqualität		
	strukturqualität		
	ergebnisqualität		
	Oberbegriff mit Land in Anführungszeichen z.B: „gesundheitswesen in österreich“		

Tabelle 1 Liste der für die Internetrecherche verwendeten Suchbegriffe

Wichtig für die Internetrecherche waren die Sucheinstellungen der Suchmaschinen. Es wurden sämtliche Filter ausgeschaltet, wie zum Beispiel Familien- und Jugendschutzfilter. Die Webprotokolle für die Suchmaschinen google, exalead und cuil wurden ausgeschaltet. Dies war notwendig da sie im eingeschalteten Zustand den Verlauf einer Suche nach bestimmtem Begriff oder Thema speichern und bei jeder neuen Suche die auf das Thema abgestimmte Treffer mit Vorrang in der Trefferliste nach oben liefern und damit die Recherche bezüglich ihrer Inhalte und Qualität wesentlich beeinflussen. Durch das deaktivieren der Webprotokolle werden die Treffer einer Suche nicht von den Suchmaschinen gefiltert oder bezüglich der Suchbegriffe gehäuft. Es wird eine unabhängige Suche mit dem größtmöglichen Einzug vorhandener Daten im Internet bei jeder Suchabfrage gewährleistet. Die Ergebnisliste wurde bei der Suchoptionen der Suchmaschine auf 100 Treffer pro Seite eingestellt. Dies hat sich im Laufe der Internetrecherche nach Suchmaschinen über den Webbrowser Mozilla-Firefox als vorteilhaft für die Ansicht der Treffer erwiesen, da die Treffer in neuen Tabs eröffnet, analysiert und verglichen werden können. Die bereits besuchten Seiten und Links werden von dem Webbrowser in den Trefferlisten jeder Suchmaschine in einer anderen Farbe markiert, als die die nicht besuchten wurden, wodurch die Internetrecherche wesentlich vereinfacht wird.

Es wurden alle Suchbegriffe in bestimmter Reihenfolge an den Suchmaschinen abgefragt. Die Anzahl der Treffer und die Hyperlinks der Internetseiten der Ergebnisse wurden in Form der Excel-Tabellen gespeichert. Die Tabelle 2 liefert eine Ansicht der ersten drei Spalten der gespeicherten Excel-Tabellen für die Suchkombination: in der ersten Spalte die

Kombinationen der Suchbegriffe mit dem Oberbegriff „gesundheitswesen“; google.at als Suchmaschine; zwei Suchabfragen: WEB-Suche, und Suche nach Seiten aus Österreich in den Spalten zwei und drei.

Suchbegriffe/google.at	WEB	aus A
gesundheitswesen	4.120.000	349.000
gesundheitswesen+österreich	750.000	210.000
gesundheitswesen+qualität	856.000	61.800
gesundheitswesen+qualitätsmanagement	228.000	28.200
gesundheitswesen+qualitätsmanagementsystem	228.000	31.400
gesundheitswesen+qualitätssicherung	248.000	17.700
gesundheitswesen+qualitätsmodelle	7.810	538
gesundheitswesen+qualitätsdaten	36.800	224
gesundheitswesen+qualitätsberichterstattung	35.000	1.050
gesundheitswesen+qualitätsindikatoren	35.200	1.050
gesundheitswesen+prozessqualität	57.000	2.010
gesundheitswesen+strukturqualität	19.700	1.330
gesundheitswesen+ergebnisqualität	58.200	3.490
"gesundheitswesen in österreich"	87.100	50.200

Tabelle 2 Suchergebnisse der Internetrecherche an der Suchmaschine google.at

Die Suche mit drei Oberbegriffen (gesundheitswesen, gesundheitssystem und gesundheitsversorgung), erweitert durch dreizehn kombinierte Suchbegriffe die auf das Suchalgorithmus der jeweiligen Suchmaschine abgestimmt wurden, ergab zusammen 42 Suchabfragen pro Suchmaschine, unberücksichtigt die Suchkombination aus der Suchmaschine und dem Domain Report für das jeweilige Land. So ergaben sich aus diesen Kombinationen nur für die Suchmaschine google 168 Suchabfragen. Daher wurden nur die ersten hundert Treffer der jeweiligen Suchabfrage und die weiterführenden Links auf die Relevanz für das gesuchte Thema analysiert.

Nachdem die Internetrecherche für die jeweilige Suchmaschine abgeschlossen wurde fand die Analyse der Treffer durch das Betätigen der Hyperlinks in der Excel-Tabelle.

Die für die Verfassung der Diplomarbeit relevanten Treffer wurden zuerst durch die Beurteilung der Überschriften und der Internetadresse des Betreibers der Treffer gefiltert.

Dabei wurde festgestellt, dass sich auf Grund der umfangreichen Internetrecherche, die sich aus den Kombinationen ergab, mit der fortschreitenden Analyse die Inhalte der Treffer, sogar innerhalb der einzelnen Suchmaschine, in der unterschiedlichen Rankingplätzen ausgegeben, überschneiden.

Anschließend wurde die Internetrecherche nach dem Thema Qualität im Gesundheitswesen auf den Internetportalen der Bundesministerien, Sozial- und Krankenversicherungen, Vereinigungen der Ärzte, der Krankenanstalten und Fachgesellschaften in den jeweiligen Staaten auf Bundes- und Länderebene hierarchisch durchgeführt.

Über die Webseite der Vereinigung der Schweizer Spitäler H+ [93] wurde eine hierarchische Suche nach den verwendeten, umgesetzten und zertifizierten Qualitätsmanagementsystemen aufgrund der zuletzt veröffentlichten Qualitätsberichte der Schweizer Krankenanstalten unternommen. Als Suchparameter wurden alle Einrichtungen, ohne räumliche Begrenzung für einen Umkreis und mit maximaler Anzahl der gefundenen Einrichtungen (50) pro Seite gewählt. Über die Website wurden 438 Einrichtungen, ohne Unterscheidung zwischen Akutspitälern, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen, als Ergebnis aufgelistet. Von dieser Zahl wurde die Zahl der Verwaltungseinrichtungen und Bürogebäuden die auch aufgelistet wurden subtrahiert. Somit blieben für die weitere Recherche 384 medizinische Einrichtungen. Aufgrund der Hilfszeichen, die neben jeder aufgelisteten Einrichtung ein Hinweis für ein veröffentlichtes Qualitätsbericht markierten, wurden diejenigen 184 Qualitätsberichte dieser Einrichtungen auf das Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems analysiert.

Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit bietet auf ihrem Homepage über den Link [Spitalskompass der Gesundheit Österreich GmbH \(GÖG/ÖBIG\)](#)[165] eine ähnliche Möglichkeit der Such in den Verzeichnissen in denen detaillierte Informationen über alle bettenführenden österreichischen Akutspitäler, medizinische Einrichtungen, Fachabteilungen und medizinische Leistungen, sowohl der öffentlichen als auch privaten Träger, aufgelistet sind. Es wurden die Webseiten von 143 gemeinnützigen und 34 privaten Akutkrankenanstalten, sowie ihrer Trägergesellschaften, auf die angewendeten und umgesetzten Qualitätsmanagementsysteme analysiert.

Die vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betriebene Website

Österreichischer Rehabilitationskompass der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG)

[133] bietet detaillierte Informationen über Organisation, medizinisches Angebot und Ausstattung der stationären Rehabilitationseinrichtungen. Auch hier wurden die Webseiten von 56 aufgelisteten Einrichtungen einer hierarchischen Suche nach den vorhandenen Qualitätsmanagementsystemen unterzogen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) [66] ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger in Deutschland. Die DKG betreibt das Deutsche Krankenhaus-Verzeichnis (DKV) [61] als offizielles Verzeichnis der deutschen Krankenhäuser und deren Leistungen. Über diese Webseite wurden Abfragen nach den angewendeten und umgesetzten Qualitätsmanagementsystemen in deutschen Krankenhäusern durchgeführt. Die Website ermöglicht die Suche nach vier Kriterien unter denen auch die direkte „Qualitätssuche“ zur Auswahl steht. Nach dem Betätigen der Auswahl „ Volltextsuche über Angaben zum Qualitätsmanagement“ in dem Unterverzeichnis, wurden die Suchabfragen nach den Qualitätsmanagementsystemen durch die Eingabe der Begriffe: KTQ, ISO 9001, EFQM und JCI getätigt. Die gewonnen Ergebnisse wurden stichprobenweise durch die Analyse der Qualitätsberichte auf Richtigkeit überprüft.

Die Ergebnisse dieser Recherchen lieferten die aktuellsten Informationen über die Gesundheitspolitik, Reformansätze, Defizite und Probleme im Gesundheitssystemen sowie die verschiedenen und oft unterschiedlichen Meinungen und Betrachtungswinkel der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen zum Thema Qualität.

4.3 Internetrecherchen in speziellen Suchmaschinen und Datenbanken

Im dritten Teil der Internetrecherche wurde die Suche über spezielle Suchmaschinen und Datenbanken durchgeführt, die eine Suche in bestimmten, eingeschränkten Bereichen des World Wide Web ermöglichen. Google Scholar bietet die Möglichkeit, in den von Google indizierten Webseiten gezielt nach wissenschaftlichen Artikeln und Publikationen zu suchen. PubMed ist eine speziell auf die Suche nach Artikeln im biomedizinischen Bereich zugeschnittene Datenbank. Die Website bietet eine englischsprachige textbasierte Meta-Datenbank mit medizinischen Artikeln bezogen auf den gesamten Bereich der Biomedizin der nationalen medizinischen Bibliothek der Vereinigten Staaten. PubMed bietet einen kostenfreien Zugang zu den Datenbanken MEDLINE, mit rund 16 Millionen Artikeln aus etwa 4500 Zeitschriften, OLDMEDLINE und PubMed Central.

Verzeichnisse der Universitätsbibliotheken, wie die der Technischen Universität Graz sind mit dem Bibvb den Österreichischen Bibliothekenverbund [132] vernetzt. Sie bieten unter anderem Zugang zu SpringerLink und Wiley InterScience. Es wurden die gefundenen Bücher in gedruckter Form aus der Bibliothek der Technischen Universität Graz, sowie die über das Bibliotheksportal zugänglichen E-Books und E-Journale auf ihre Inhalte analysiert. In diesen Datenbanken war die Anzahl der themenbezogenen Treffer niedrig, bei manchen Suchbegriffen oder Kombinationen gab es keine Suchergebnisse. Der Großteil relevanter Treffer wurde über SpringerLink und ScienceDirect, einer Datenbank die von Elsevier Verlag betrieben wird, gefunden, wobei die Mehrheit von denen kostenpflichtig war. Über ScienceDirect wurden auch die meisten Beiträge der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ frei zur Verfügung gestellt, die qualitative und aktuelle Informationen und Diskussionen zu den Qualitätsaspekten im Gesundheitswesen liefern.

Verwendete Datenbanken
MEDLINE
OLDMEDLINE
PubMed Central
SpringerLink
Wiley InterScience
ScienceDirect

Tabelle 3 Liste der für die Internetrecherche verwendeten Datenbanken

Da die Aufgabestellung die Frage nach der Anwendung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen und den Erfahrungsberichten beinhaltet, wurde nach der Bestätigung der gefundenen, sowie die Suche nach den fehlenden Daten aus dem zweiten Teil der Internetrecherche über die Internetportale der Fachgesellschaften für Qualitätsmanagement: International Organisation for Standardization (ISO), European Foundation for Quality Management (EFQM) und Joint Commision International (JCI) gesucht.

Die Suche erfolgte anschließend auch über die Internetportale der Zertifizierungsgesellschaften im Bereich des Gesundheitswesens in drei Ländern; Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), proCum Cert(pCC), Quality Austria (QA), Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme (SQS), Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS). Über das Internetportal von IQnet [99] wurde nach dem EA/IAF 38, dem Zertifizierungsbereich für das Gesundheitswesen, nach den Vergebenen ISO-Zertifikaten gesucht. European Foundation for Qualitymanagment (EFQM) ist keine Zertifizierungsstelle, jedoch aufgrund der Verbreitung

des Qualitätmanagementsystems im Gesundheitswesen der über die Organisation betrieben wird, und den Daten über umgesetzte Qualitätsmanagementsysteme nach EFQM die jährlich im „Recognition Book“ veröffentlicht werden, wurde auf dem Internetportal von EFQM eine hierarchische Recherche unternommen.

Zum Schluss wurden die Internetportale der Organisation für Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der EU Gesundheitsportal nach Themen zur Qualität im Gesundheitswesen durchsucht, sowie die Website von EUR-lex über die man Zugang zur Datenbank mit den Rechtsvorschriften der Europäischen Union bekommt.

5 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens in Österreich, Schweiz und Deutschland

5.1 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens in Österreich

Die Genossenschaften des Bergrechts, sogenannte Bruderladen, sind eine der ältesten Formen von Versorgungseinrichtungen in Österreich. Sie traten seit dem Spätmittelalter als Versorgungseinrichtungen der Bergarbeiter in Erscheinung.

Mit der Gewerbeordnung 1859 wurden Fabrik- und Genossenschaftskassen geschaffen.

Für selbstständige Handwerker erfolgte im Laufe der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Einführung von Meisterkrankenkassen, ohne obligatorische Mitgliedschaft.

Die Entwicklung des Gesundheitssystems in Österreich steht im Zusammenhang mit der Errichtung eines Wohlfahrtsstaates auf dem Gebiet der österreichisch-ungarischen Monarchie ab 1867. Das Vereinsgesetz von 1867 ermöglichte die Bildung von Vereinskassen auf deren Basis im Jahre 1868 die Allgemeine Arbeiter-, Kranken- und Invalidenunterstützungskasse in Wien entstand [18].

Die gesetzlichen Wurzeln des österreichischen öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen im Reichssanitätsgesetz von 1870, das die wesentlichen Aufgaben im Bereich der sanitären Aufsicht und der Seuchenhygiene festlegt. Unter Maria Theresia (1740–1780) gab es eine oberste Gesundheitsbehörde die Sanitätskommissionen in den Kronländern überwachte.

Auf der Berliner Konferenz 1872 sprachen sich die versammelten preußischen und österreichischen Bürokraten für obligatorische Kranken und Untersuchungskassen aus, deren Finanzierung durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile gewährleistet werden sollte.

1873 kam es zur Gründung des Verbandes der Allgemeinen Arbeiter-, Kranken- und Unterstützungskassen. Der Verband der Arbeiter-, Kranken- und Invaliden-Unterstützungsvereine Österreich-Ungarns 1876 war einer der ersten Vereinigungen von Krankenkassen und hatte 16 Kassen als Gründungsmitglieder [18].

Durch die Revolution im Jahr 1848 und die Entwicklung Österreichs zum Verfassungsstaat wurden die Oberste Gesundheitsbehörde und die Sanitätskommissionen durch Ministerien unter der Leitung verantwortlicher Minister ersetzt. Die Aufgaben der obersten Gesundheitsbehörde wurden in das Innenministerium eingegliedert, die Sanitätskommissionen wurden den Landesregierungen unterstellt.

Im Jahr 1852 wurden Bezirksämter als unterste landesfürstliche Behörde eingerichtet. Das Gemeindegesetz aus dem Jahr 1862 erklärte die Handhabung der Gesundheitspolizei als eine Aufgabe der Gemeinden. Damit war der dreigliedrige Behördenaufbau der staatlichen Verwaltung, wie er heute noch besteht, geschaffen [18].

Das Gesundheitswesen ist in Gesetzgebung und Vollziehung eine Angelegenheit des Bundes mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens, des Gemeindesanitätsdienstes und des Rettungswesens, die in Gesetzgebung und Vollziehung Angelegenheit der Bundesländer sind. Im Krankenanstaltenbereich beschränkt sich die Bundeskompetenz auf die Grundsatzgesetzgebung und auf die sanitäre Aufsicht.

1887/1888 wurde mit der Einführung der Unfall- und Krankenversicherung der Arbeiter/innen nach dem Vorbild der Bismarck'schen Sozialpolitik der Grundstein für das heutige Sozialversicherungssystem gelegt.

Krankenversicherung sah freie ärztliche Behandlung, Heilmittel und ein Krankengeld vor, die Unfallversicherung eine Verletzten- sowie Hinterbliebenenrente. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Dritteln durch die Pflichtversicherung der Arbeiterschaft, zu einem Drittel durch die Unternehmer. Die Organe der Sozial- bzw. Krankenversicherung waren auf dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut. Eine staatliche Mitfinanzierung war nicht vorgesehen [18].

Mit dem Gesetz vom Dezember 1887 betreffend die Unfallversicherung der Arbeiter (Reichsgesetzblatt 1/1888) wurde erstmals eine gesetzliche Versicherungsanstalt eingerichtet. Diese Versicherungsanstalt war territorial gegliedert, hatte einen Vorstand zur Geschäftsführung und stand unter staatlicher Aufsicht.

Die Privatangestellten formierten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als eigene soziale Gruppe. 1906 erhielt das „Gesetz betreffend die Pensionsversicherung der in privaten Diensten und einiger in öffentlichen Diensten Angestellten“ die kaiserliche Sanktion. Die finanziellen Zuschüsse oder einer Ausfallhaftung des Staates war nicht vorgesehen.

Im Jahr 1918 gab es allein auf dem Gebiet des heutigen Österreichs in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung zusammen mehr als 600 Sozialversicherungsträger, davon hunderte Krankenkassen für Arbeiter, Angestellte, Arbeitnehmer in der Landwirtschaft, im Gewerbe und Handel, mit einer Reihe von Dachverbänden die berufsständisch, regional, aber auch nach Kriterien der Sprachenzugehörigkeit oder politischer Richtung organisiert waren.

Im Jahr 1920 wurde Arbeitslosenversicherung eingeführt. Die Krankenversicherung wurde auf alle in einem Arbeitsdienst, oder Lohnverhältnis stehenden Personen und deren Familienmitglieder ausgeweitet [18].

Das Angestelltenversicherungsgesetz von 1926 regelte die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für Privatangestellte. Mit diesem Gesetz wurde die Idee der berufsständischen Gliederung verwirklicht.

Ein Jahr später folgten eine Erneuerung des Arbeiterversicherungsgesetzes sowie ein Landarbeiterversicherungsgesetz (1928). Die Statistik des Sozialministeriums erfasste damit 172 Krankenkassen.

1935 wurde das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) eingeführt. Mit diesem Gesetz war im Wesentlichen die Entwicklung der Sozialversicherung abgeschlossen. Auf organisatorischer Seite wurde die Zusammenfassung der Arbeiter- und Angestelltenkrankenkasse zu einem Reichsverband (§3GSVG) und zu Arbeitsgemeinschaften (§4GSVG) durchgesetzt. Die Aufgabe der Arbeitsgemeinschaften bestand darin, Krankenpflege, Arzthilfe und die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen sicherzustellen.

Träger der Unfallversicherung und der Altersfürsorge der Arbeiter wurde die Arbeiterversicherungsanstalt, und der gesamten Angestelltenversicherung blieb die Angestelltenversicherungsanstalt gemeinsam mit diversen Sondersicherungsanstalten.

Mit 1. Jänner 1939 nach der Annektierung der Republik Österreich durch das Dritte Reich wurden folgende deutsche Gesetze in Österreich in Geltung gesetzt: die Reichsversicherungsordnung von 1911, das Angestelltenversicherungsgesetz von 1924, das Reichsknappschaftsgesetz von 1926 und das Gesetz über Arbeitsvermittlung von 1927. Die Krankenversicherungspflicht der Rentner der Angestellten- bzw. der Bergarbeiterversicherung wurde ausdrücklich für weiter bestehend erklärt.

Im Nationalsozialismus erfolgten die Auflösung der berufsständischen Organisation der Krankenversicherung und die Zusammenlegung der Angestellten mit den Arbeiterkrankenkassen. Die Selbstverwaltung der Krankenkassen wurde damit aufgelöst [91].

Die Kompetenzverteilung des öffentlichen Sanitätswesens wurde durch die Wiedereinführung der Bundesverfassung von 1929 im Jahr 1945 durch das Reichssanitätsgesetz verändert.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und der Wiedererrichtung der Republik Österreich wurde mit dem Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz vom 12. Juni 1947 die Sozialversicherung auf eine neue organisatorische Grundlage gestellt. Die wichtigsten Maßnahmen waren die Wiedereinführung der Selbstverwaltung sowie die Errichtung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der seither neben der Krankenversicherung auch die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung unter einem Dach vereint. Das Ziel war die Errichtung einer „Volksversicherung“.

Während 1946 etwa zwei Drittel der Bevölkerung versichert waren, so waren es 1980 bereits 96 Prozent. Diese Ausweitung wurde beispielsweise 1965 bzw. 1967 durch die Einführung des Bauern- bzw. Beamtenkrankenversicherungsgesetzes erreicht [18].

Das ab 1. Jänner 1956 geltende Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) löste die bis dahin geltenden Gesetze auf dem Gebiet der Sozialversicherung ab. Es fasste die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für die Arbeiter und Angestellte in Industrie, Bergbau, Gewerbe, Handel, Verkehr und Land- und Forstwirtschaft zusammen und regelte außerdem die Krankenversicherung der Pensionisten [91].

Das ASVG gliederte sich in zehn Teile, und der Entwurf enthielt 600 Paragraphen. Im Bereich der Krankenversicherung war der Entwurf bemüht, das bereits bestehende Leistungsniveau zu halten bzw. Vereinheitlichungen vorzunehmen. Mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung umfasste das Gesetz eine Regelung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für alle unselbstständig Erwerbstätigen mit Ausnahme der Bundesbediensteten und der Notaren und regelte außerdem die Organisation, den Verwaltungsaufbau und die Finanzierung der Sozialversicherung [18].

Mit dem Bundespflegegeldgesetz aus dem Jahr 1993 hat Österreich früh auf die demographische Entwicklung reagiert. Pflegevorsorge wird in Österreich fast zur Gänze aus dem Bundesbudget finanziert und wird als Geldtransfer bedarfsabhängig Pflegenden ausbezahlt. Dieser Leistungsbereich wird auf der Bundesebene koordiniert, wodurch die Einheitlichkeit von Anspruchskriterien und Qualitätsnormen für Einrichtungen sichergestellt wird. Mit dem 801. Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes wurden erstmals Patientenrechte und Qualitätssicherung in Krankenanstalten gesetzlich verankert.

Seit 1978 bestand der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF), der von Sozialversicherung und den Gebietskörperschaften dotiert wurde, als Instrument zur Steuerung des Mitteltransfers zwischen Bund und Ländern. Die anhaltende Steigerung der

Gesundheitsausgaben führte 1995/1996 zum Entschluss zur Durchführung einer umfassenden Gesundheitsreform [18].

Mit der Reform 1997 sollten die Finanzierungsströme und der Entscheidungsflüsse im Gesundheitswesen neu definiert werden. Verstärkte Zusammenarbeit der Leistungserbringung im stationären Bereich mit jener im ambulanten Sektor auf regionaler Ebene sollte erreicht werden. Durch die Verbesserung des Schnittstellenmanagements sollten die Wirtschaftlichkeitsreserven besser ausgeschöpft und die Durchlässigkeit der Strukturen für die Patienten verbessert werden. Einerseits erhoffte man sich durch die Einführung einer leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung die längerfristige Eindämmung der Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich, andererseits machte die Finanzlage der Sozialversicherung weitere Maßnahmen zur Reduktion der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung insgesamt erforderlich.

Mit der Gesundheitsreform 2005 sollten durch den Aufbau von dezentralen Kooperationsbereichen (Reformpool) und dem Qualitätsgesetz [90] organisatorische Voraussetzungen für den Aufbau einer Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen werden.

Durch die Schaffung der Gesundheitsplattformen sollten die Länder mehr an horizontaler Autonomie gewinnen, und die Versorgungskette sowohl innerhalb einer Region als auch überregional besser koordinieren können.

Mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der den Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) ablöste, und der Leistungsangebotsplanung sollte eine stärkere Integration der Versorgung geschaffen werden [57]. Die Gesundheitsreform 2005 regelte mit dem Gesundheitstelematikgesetz die vorhandenen Defizite bezüglich Datenerfassung und Vertrieb zwischen der Akteure in der Gesundheitsversorgung. Am 20.11.2009 wurde ausgehend aus dem Projekt "Elektronische Gesundheitsakte" (ELGA) durch gemeinsame Entscheidung von Vertretern der Länder und des Hauptverbands ELGA GbmH gegründet.

“Mit der Gründung der ELGA GmbH haben wir heute gemeinsam einen wichtigen Reformschritt gesetzt. Innovationen im Bereich eHealth sind der zentrale Schlüssel zu mehr Effizienz im Gesundheitswesen, sowohl bei den Kosten als auch in der Behandlungsqualität” [Zitat aus 170].

Die Ziele der Gesundheitsreform 2005 wurden nach der Analyse im Jahr 2010 des Bundesrechnungshofs nicht erreicht.

„Mit der Gesundheitsreform 2005 sollte die strikte Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens überwunden werden. Eine österreichweite, integrierte Leistungsangebotsplanung für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung war vorgesehen, wurde jedoch bisher nicht realisiert. Zudem gab es keine transparente und umfassende Darstellung der Finanzierung der Fondskrankenanstalten als Voraussetzung für eine Optimierung des Mitteleinsatzes. Auch der Reformpool, in dem Land und Sozialversicherungsträger gemeinsame Projekte finanzieren und durchführen sollten, wurde bisher kaum genutzt.“ [Zitat aus 151]

Mit der Gesetzesnovelle zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung präsentierte Gesundheitsminister Alois Stöger am 09. Juli 2010 im Nationalrat "die größte Strukturreform im Gesundheitswesen der letzten Jahrzehnte". Laut dem Gesundheitsminister stehen drei wichtige Themen im Vordergrund: die Rechte und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, die konsensuale Einbindung aller Systempartner im Gesundheitsbereich und die Stärkung und Verbesserung der Qualität der realen Versorgung. Dabei soll besonders der niedergelassene Bereich sowie des Verhältnisses von Arzt und Patient in der Gesetzesnovelle gestärkt werden. Es soll sichergestellt werden, dass in den Ambulanzen und im niedergelassenen Bereich dasselbe "Qualitätsregime" gilt. Es wird ein Haftungsrecht geben, das Ärztinnen und Ärzte entlastet und andererseits die Patienten absichert. Mit der Gesetzesnovelle wird überdies eine Erkenntnis des Europäischen Gerichtshofs umgesetzt und die Qualität im Umgang mit Ambulanzen gestärkt. Auch die Sozialversicherung wurde mit eigenen Gesamtverträgen und einer neuen Leistungsdokumentation gestärkt. An die Ärzte und Ärztinnen wurde appelliert, die Chancen zu nutzen, die dieses Gesetz vorgibt [83].

5.2 Das Gesundheitssystem in Österreich

Österreich ist ein Bundesstaat der auf föderalistischem Prinzip aus neun Bundesländern besteht, die in politische Bezirke und als kleinste administrative Einheiten, Gemeinden, aufgeteilt ist. Die Entscheidungen im österreichischen Gesundheitswesen werden vom Bund und Ländern getroffen. Der Hauptverband der Sozialversicherungen und die Kammern der Leistungserbringer im Gesundheitswesen üben durch ihre Kooperation eine bedeutende Rolle, und bilden bedingt durch gesetzliche Rahmenbedingungen in Versorgung und Finanzierung ein Versorgungsnetz im Gesundheitswesen. Der Hauptverband der Pflichtversicherung ist durch Selbstverwaltung demokratisch legitimiert. Er ist dezentral organisiert, verfügt über

Beitragseinnahmen und verhandelt Verträge mit Leistungserbringern. Die Abbildung sechs zeigt die Struktur und Aufbau des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.



Abbildung 6: Struktur des Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungen [91]

Dem Bund ist durch die Bundesverfassung die Kompetenz über fast alle Bereiche des Gesundheitswesens übertragen. Die Kompetenzen über die Krankenanstalten und Pflege sind eine der Ausnahmen bei der die Grundsatzgesetzgebung dem Bund obliegt, die Ausführungsgesetzgebung und der Vollzug aber in Hand der Länder ist.

Dazu werden die Staatsverträge über die Krankenanstaltenfinanzierung zwischen Bund und Länder, deren rechtliche Grundlage die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ist, in regelmäßigen zeitlichen Abständen seit 1978 geschlossen.

Die Struktur, Akteure und Abläufe des österreichischen Gesundheitssystems werden in der Abbildung sieben dargestellt.

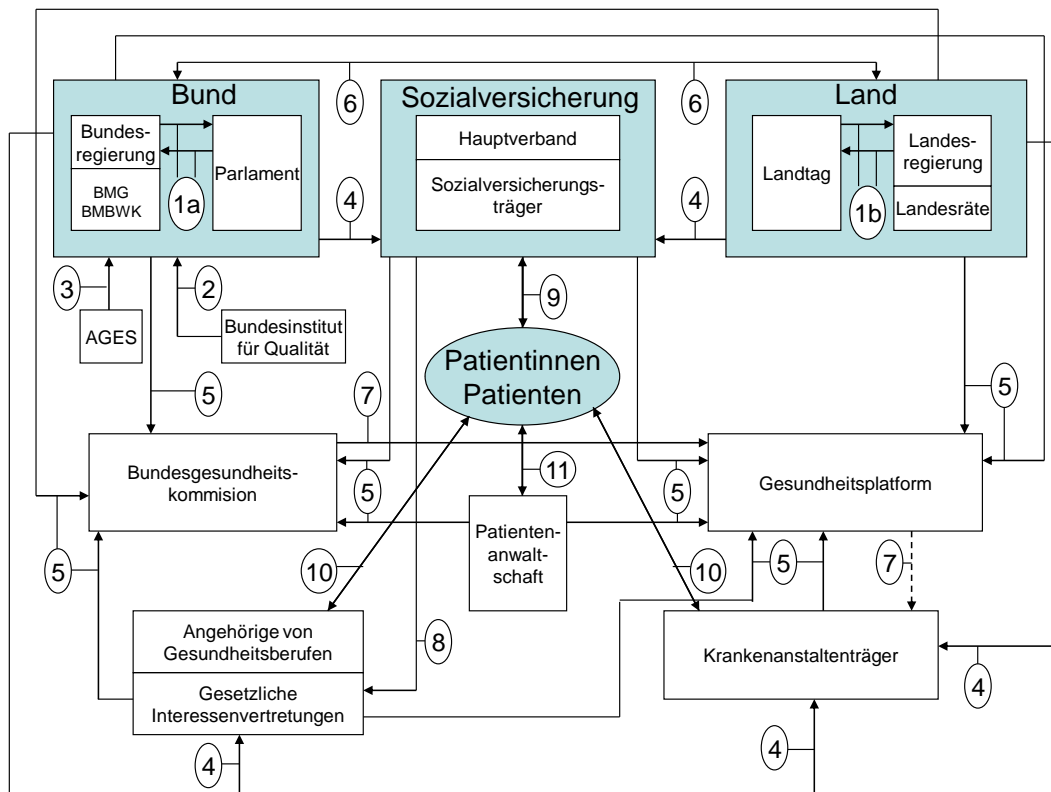


Abbildung 7: Struktur des Gesundheitssystems in Österreich [18]

- 1) a) Gesetzesvorschläge der Bundesregierung (Minister/in) an das Parlament; Beschluss der Bundesgesetze durch das Parlament
 b) Gesetzesvorschläge der Landesregierung (Landesrätin/rat) an den Landtag; Beschluss der Landesgesetze durch den Landtag.
- 2) Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).
- 3) Unterstützung des BMG im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln (AGES = Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit).
- 4) Gesundheitsverwaltung
 - des Bundes (z. B. Gesundheitspolizei, sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, Aufsicht über Sozialversicherungsträger und gesetzliche Interessenvertretungen);
 - der Länder (z. B. im Bereich der Krankenanstalten Errichtungs- und Betriebsbewilligungen, Umsetzung der Planung im Land, Investitionsfinanzierung; Aufsicht über Sozialversicherungsträger).
- 5) Bestellung von Mitgliedern für die Bundesgesundheitskommission bzw. für die Gesundheitsplattformen auf Länderebene.
- 6) Konsultationsmechanismus zwischen Bund und Ländern bzw. Gemeinden hinsichtlich rechtsetzender Akte (Gesetze, Verordnungen), die zusätzliche Ausgaben verursachen.

- 7) a) Sanktionsmechanismus: Bundesgesundheitsagentur (Bundesgesundheitskommission) kann bei Verstößen gegen verbindliche Planungen und Vorgaben im Zusammenhang mit der Qualität und Dokumentation finanzielle Mittel für jeweilige Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattform) zurückhalten;
 b) Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattformen) können einen entsprechenden Sanktionsmechanismus gegenüber Krankenanstalten vorsehen
- 8) Verhandlungen über Markteintritt, Leistungen und Tarife (Gesamtvertrag und Einzelverträge)
- 9) Gesetzliche Mitgliedschaft bei Sozialversicherungsträgern (Pflichtversicherung).
- 10) a) Grundsätzliche Wahlfreiheit der Patienten im Bereich der Krankenanstalten und im Bereich der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen;
 b) Behandlungsgebot der (öffentlichen und gemeinnützig privaten) Krankenanstalten und der niedergelassenen Angehörigen von Gesundheitsberufen mit Kassenvertrag.
- 11) Gesetzliche Patientenvertretung in jedem Bundesland

Auf der Bundesebene ist das Bundesgesundheitsministerium für das Gesundheitswesen zuständig. Aufgrund der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2005 und dem Gesundheitsqualitätsgesetz wurde vom Bundesministerium für Gesundheit die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als entsprechende Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung am 1. August 2006 per Bundesgesetz errichtet.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) die seit 1973 bzw. 1998 als Organisationen des Gesundheitswesens bestehen, wurden als Geschäftsbereich in die Gesundheit Österreich GmbH eingegliedert, die als Nachfolgeorganisation ihre Rechte übernommen hat. Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde als dritter Geschäftsbereich am 1. Juli 2007 gegründet.

Der Geschäftsbereich FGÖ ist die nationale Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung und Prävention. Als Dienstleister fördert der FGÖ Projekte, weiteres entwickelt er Aktivitäten und Kampagnen, um gesunde Lebensweisen und gesunde Lebenswelten für möglichst viele Menschen in Österreich erreichbar zu machen.

Der Geschäftsbereich ÖBIG führt Forschungs- und Planungsarbeiten durch, gestaltet das Berichtswesen und erstellt Grundlagen für die Steuerung des Gesundheitswesens ausschließlich im Auftrag des Bundes. Für alle anderen Auftraggeber stehen die GÖG-

Töchter zur Verfügung (ÖBIG Beratungs GmbH, ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH).

Dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) obliegen im Auftrag des Bundes die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems, das den Prinzipien Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz zu folgen hat. In der Abbildung acht sind Struktur und Bereiche der Gesundheit Österreich GmbH dargestellt.



Abbildung 8: Struktur und Bereiche der Gesundheit Österreich GmbH [88]

Ausgehend aus der Gesundheitsreform 2005 und gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, 3. Abschnitt, wurde durch Errichtung der Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene sowie der Gesundheitsfonds auf Länderebene erstmals eine gemeinschaftliche Steuerung und Planung sowie eine umfassende Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens, sowohl im intramuralem als auch im extramuraler Bereich, ermöglicht.

Die Bundesgesundheitsagentur soll die Entwicklung im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt beobachten und seine Weiterentwicklung durch die Vorgabe von Grundsätzen planen und steuern. Sie soll für die Integration und Kooperation der verschiedenen Gesundheitsbereiche Sorge tragen und die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen sowie die Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien unter Wahrung der sozialen, technischen, rechtlichen und ethischen Standards im Gesundheitswesen forcieren.

Die Bundesgesundheitsagentur soll durch die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen dazu beitragen, die Qualität im österreichischen Gesundheitswesen im Interesse der Patienten sicherzustellen und zu verbessern.

Damit werden die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um bei Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus Rationalisierungspotenziale und Synergieeffekte im Gesundheitsbereich zu realisieren.

Das Organ der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission. Ihr gehören Vertreter des Bundes (je 7 Vertreter), der Länder (je 1 Vertreter), der Sozialversicherung (je 6 Vertreter), der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden (je 1 Vertreter), der konfessionellen Krankenanstalten (je 1 Vertreter), der Patientenvertretungen (je 1 Vertreter) und der Österreichischen Ärztekammer (je 1 Vertreter) an. Kooptierte Mitglieder ohne Stimmrecht sind Vertreter/innen des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, der Österreichischen Apothekerkammer, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und der Interessenvertretung der privaten Krankenanstalten. Zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur wird eine Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet, in der die wesentlichen Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind. Die Führung der Geschäfte der Bundesgesundheitsagentur obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit [57].

Auf Länderebene sollen die Gesundheitsfonds unter Berücksichtigung gesamtökonomischer Auswirkungen die Vorgaben und Grundsätze der Bundesgesundheitsagentur entsprechend konkretisieren und umsetzen. Die Finanzierung von öffentlichen und bestimmten privaten gemeinnützigen Krankenanstalten ist eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsfonds. Das oberste Organ der Gesundheitsfonds ist die jeweilige Gesundheitsplattform. Ihr haben jedenfalls Vertreter des jeweiligen Landes, der Sozialversicherung, des Bundes, der Interessensvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen, der Ärztekammer sowie der Träger jener Krankenanstalten, welche über den Gesundheitsfonds finanziert werden, anzugehören.

5.3 Gesetzliche Grundlagen für Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

Seit Beginn der neunziger Jahre wurden seitens der Gesundheitspolitik verstärkt Bemühungen unternommen, den Bereich der Qualitätsarbeit unter Einbeziehung der wesentlichen Partner im Gesundheitswesen auszubauen [51].

Einer der Kernpunkte der Gesundheitsreform 2005 war die Überwindung der Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und die Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens. Außerdem war die Gesundheitsreform 2005 der bedeutendste Schritt zum Thema Qualität im Gesundheitswesen. Durch die Schaffung des "Gesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen" der mit BGBl. I Nr. 179/2004 verkündet und seit 1.1.2005 in Geltung ist, hat der Bund einen rechtlichen Rahmen geschaffen der die Vielzahl der in den letzten Jahren in begonnenen Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln und damit eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen [56].

Die Grundprinzipien dieses Gesetzes sind Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität und Patientensicherheit.[§1(1)] Mit dem Gesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, bundeseinheitliche Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend zu entwickeln und umzusetzen. Das Gesetz betrifft alle Sektoren des Gesundheitswesens: öffentliche und private Spitäler und Ambulatorien, Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Gesundheitsberufe, wie medizinisch technische Dienste, Hebammen und Pflegepersonal. Die inhaltlichen Kernpunkte beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der Entwicklung von Standards zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Diese drei Begriffe werden als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems verstanden. [§1(2,3)]

Eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung als Kernpunkt des GQG soll aufgebaut werden, in deren Rahmen bundeseinheitlich über alle Sektoren und alle Berufsgruppen berichtet wird. Dadurch wird die Transparenz der Abläufe und Strukturen im Gesundheitswesen sichergestellt und eine Methode zur systematischen Verbesserung der Qualitätsarbeit eingeführt werden. [§6]

Durch die Vorschreibung der Fördermaßnahmen und Sanktionen im GQG werden Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen geschaffen. [§7,§10]

Mit der Errichtung vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wird das Bundesministerium für Gesundheit bei der Umsetzung des Gesetzes, und der daraus

entstehenden Aufgaben unterstützt. Die Verordnungen, die auf Basis dieser Arbeiten erlassen werden, gelten zukünftig bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und können bei Nichteinhaltung auch sanktioniert werden. [§9]

Die Strafbestimmungen [§ 10] die mit dem 1. Jänner 2006 in Kraft getreten sind werden hier aufgelistet [Zitat aus 56]:

- (1) Wer bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einer auf Grund dieses Gesetzes verbindlich gemachten Bundesqualitätsrichtlinie zuwiderhandelt, begeht, sofern nicht eine gerichtlich strafbare Tat vorliegt, eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 10.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 20.000,--.*
- (2) Wer den Vorschriften über die Qualitätsberichterstattung oder der Dokumentation nicht entspricht, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 3.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 5.000,--.*
- (3) Wer die Kontrollrechte der Bundesministerin / des Bundesministers für Gesundheit und Frauen nach § 8 Abs. 2, zweiter und dritter Satz, oder der von ihr / ihm beauftragten Personen, Einrichtungen oder Behörden behindert, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Verwaltungsstrafe bis Euro 5.000,-- zu bestrafen, im Wiederholungsfall bis Euro 7.000,--.*
- (4) Von geahndeten Verwaltungsübertretungen ist die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen in Kenntnis zu setzen.*

5.3.1 Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis

Die gesetzlich verankerten Qualitätsanforderungen und Pflichten der Ärzte wurden schon vor der Gesundheitsreform aufgrund der bestehenden Gesetze definiert. Dazu wurde die Österreichische Ärztekammer vom Bund mit der Errichtung einer Gesellschaft für Qualitätssicherung in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) beauftragt.

Die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) wurde als 100%ige Tochtergesellschaft der Österreichischen Ärztekammer von der Österreichischen Ärztekammer am 01.07.2004 mit dem gesetzlichen Auftrag, der in § 118a ÄrzteG geregelt ist, zur Ausarbeitung fachspezifischer

Qualitätskriterien, zur Durchführung der Qualitätsevaluierung und der Qualitätskontrolle als auch der Führung des Qualitätsregisters gegründet.

ÖQMed ist mit der Abwicklung der Evaluierung der Arztordinationen und mit allen Themen, die Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im ärztlichen Bereich betreffen betraut.

Die Verpflichtung zur ärztlichen Qualitätssicherung ist im bundesweit geltenden Ärztegesetz 1998 BGBl. I 169/1998 in der Fassung BGBl. I 156/2005 7. Ärztegesetz-Novelle verankert.

Die wichtigsten Vorgaben für ärztliche Tätigkeiten bezüglich Qualität sind in folgenden Paragraphen enthalten. Im § 49. (1) sind Ärztliche Pflichten gegenüber Patienten und die Fortbildungspflicht unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards zum Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden verankert. Im § 49. (2a) wird von Ärzten und Gruppenpraxen eine regelmäßig und umfassende Evaluierung der Qualität sowie die Datenübertragung der Ergebnisse an die Österreichische Ärztekammer verlangt. Falls sich aus den übermittelten Ergebnissen der Evaluierung eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit ergibt, oder die Evaluierung unterbleibt, wird dies als eine schwerwiegende Berufspflichtverletzung dargestellt, und ist ein Kündigungsgrund im Sinne des § 343 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 als auch im Falle des Unterbleibens einer ersten Evaluierung bis zum Ablauf des 31. Dezember 2008. § 49. (2b)

Nach der Genehmigung der Qualitätssicherungs-Verordnung QS-VO 2006 am 12.01.2006 durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, Maria Rauch-Kallat, wurde eine bundesweite Selbstevaluierung der Arztpraxen vorbereitet und im Laufe des Jahres 2008 durchgeführt. Die Qualitätskriterien, der Ablauf der Evaluierung und die Führung des bundesweiten Qualitätsregisters wurden in der Qualitätssicherungsverordnung von der Österreichischen Ärztekammer verfasst und erlassen [80].

5.3.2 Qualitätssicherung in den Krankenanstalten

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie der Geltungsbereich, Anwendung und Kompetenzteilung zwischen Bund und Ländern im stationärem Bereich werden im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG): BGBl. Nr. 1/1957 definiert. Krankenanstalten sind gemäß § 2 Abs. 1 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes des Bundes (KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957.) [Zitat aus 55]:

- 1. Allgemeine Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung;*

2. *Sonderkrankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;*
3. *Heime für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Pflege bedürfen;*
4. *Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;*
5. *Gebäranstalten und Entbindungsheime;*
6. *Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;*
7. *Selbstständige Ambulatorien (Röntgeninstitute, Zahnambulatorien und ähnliche Einrichtungen), das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.*

Mit dem 801. Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes vom 26. Dezember 1993 wurden erstmals Patientenrechte und Qualitätssicherung in Krankenanstalten gesetzlich verankert. Die im Paragraph 5 beschriebene Anforderungen sind auch in der letzten geltenden Fassung des Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG): BGBl. Nr. 1/1957 vom 17.01.2010 enthalten. Zuletzt wurde das Gesetz mit dem 124. Bundesgesetz: Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten am 16. Dezember 2009 geändert [Zitat aus 55].

Qualitätssicherung

§ 5b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission auch das Rektorat oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an.

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Die neueste Entwicklung Richtung Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist die Entwicklung einer „Metaleitlinie“, einer Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien (BQLL) die von der GÖG/BIQG im Auftrag des Bundesministeriums entwickelt wurde. Durch die Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit, Ländervertretungen, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, sowie der Vereinigungen der Ärzte, Zahnärzte und dem Krankenpfleger Verband soll auf der Grundlage die Erstellung der Bundesqualitätsleitlinien für den Gebrauch in ambulanten und stationären Einrichtungen entwickelt werden.

„Bundesqualitätsleitlinien sind systematisch erstellte und konsenterte, berufs- und sektorenübergreifende Standards, die den medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich der Patientenbetreuung bei einem speziellen Gesundheitsproblem oder einem organisatorischen Problem abdecken und sich insbesondere mit der Problematik an den Nahtstellen befassen. Wesentliche Themen sind Behandlungs- und Betreuungsgrundsätze, aber auch

organisatorische Aspekte in der sektorenübergreifenden Patientenversorgung.“

[Zitat aus 125]

Die voraussichtliche Fertigstellung der „Metaleitlinie“ wird im Herbst 2010 erfolgen [125].

5.4 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens der Schweiz

Die Kantone und Gemeinden hatten dem Bund gegenüber auf institutioneller Ebene bezüglich der Gesundheitsversorgung schon immer große Freiheit. Bei ihrer Gründung im Jahr 1848 hatte die Schweizerische Eidgenossenschaft praktisch keine Gesetzgebungskompetenz in diesem Bereich. Diese Situation änderte sich allmählich. Der erste Ansatz für die Bildung eines Bundesweiten Sozialsystems war der „Bundesgesetz betreffend die Arbeit in den Fabriken“ aus dem Jahr 1877, der die Arbeitsbedingungen definierte [21]. Im gleichen Jahr wurden Fachprüfungen für Ärzte, Apotheker und Tierärzte eingeführt und in der ganzen Schweiz vereinheitlicht. In 1886 ist das Bundesgesetz zur Bekämpfung der epidemischen Krankheiten in Kraft getreten. Im Jahre 1890 wurde der Bundesregierung der Verfassungsauftrag über die Gesetze zur Kranken- und Unfallversicherung gegeben. Der Versuch, ein System der Krankenversicherungen nach dem Vorbild des deutschen System der Krankenversicherung in der Schweiz einzuführen, wurde bereits 1899 mit der Einreichung vom Gesetz über Kranken- und Unfallversicherung unternommen, und durch das Referendum abgelehnt.

Im Jahr 1909 wurde der Bundesregierung aufgrund eines konstitutionellen Mandats die Erarbeitung und die Umsetzung der Rechtsvorschriften über Lebensmittel- und Verbrauchersicherheit übertragen. Der abgelehnte Gesetzesvorschlag von 1899 wurde geändert, erneut eingereicht und im Jahre 1911 durch das Referendum beschlossen. Die Krankenkassen wurden gesetzlich verpflichtet sich beim Bundesamt für Sozialversicherung zu registrieren, Verträge abzuschließen und nach dessen Vorgaben zu arbeiten, im Gegenzug erhielten sie staatliche Subventionen. Diese Vorschriften enthielten die Verpflichtung, ein definiertes Paket von Leistungen zur Verfügung zu stellen, inklusive der ambulanten Versorgung, Medikamenten und Krankenhausaufenthalten von begrenzter Dauer, sowie einige Freiheiten beim Wahl oder dem Wechsel der Krankenkasse, da sich die Höhe der Beiträge aufgrund des Wohnsitzes (regional) und der Berufstätigkeit (Berufsverbände) änderte.

Außerdem verhängte der Gesetzgeber eine Obergrenze von 10% auf die Differenz der Beitragssätze für Männer und Frauen, und untersagte Krankenkassen eine gewinnorientierte Politik zu führen. Dafür wurden sie von der Bundesregierung nach der Zahl der Versicherten aus Bundesmitteln subventioniert. Das Gesetz überließ es den Kantonen zu klären, ob die Versicherung verpflichtend war oder nicht. Die finanzielle Situation der Krankenkassen verschlechterte sich als Folge der Fehleinschätzungen bezüglich der prognostizierten Nachfrage der Dienstleistungen. Die finanziellen Probleme der Krankenkassen, die bereits 1911 anfangen, und bis zu den Reformen im Jahr 1964 dauerten führten nicht jede Krankenkasse in den Konkurs, aber ihre Zahl ging deutlich zurück. Das Gesetz über Suchtmittel trat in Kraft im Jahr 1925, und das Gesetz über die Tuberkulose im Jahr 1928. Der Bundesregierung wurden 1931 die Kompetenzen über die Kontrolle der Sera und Impfstoffe übertragen [17].

Mehrere Versuche wurden unternommen das System komplett zu überarbeiten, aber alle scheiterten an Referendum. So kam es ab 1958 zu Bemühungen eine teilweise Reform der Krankenversicherung durchzusetzen. Dies gelang im Jahr 1964 und führte in erster Linie zur Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenkassen. Die Reformen enthielten ein überarbeitetes System der Subventionen, das die Mittel auf der Grundlage des Alters und Geschlechts der Versicherungsnehmer verteilte, und die Einführung der Kopfpauschale in das System der gesetzlichen Krankenversicherung vorschrieb. Die Gebühren für die Patienten enthielten einen Selbstbehalt für die Versicherungsnehmer über 20 Jahren, und einen Selbstbehalt für alle Patienten auf dessen Grund sie einen Anspruch auf alle medizinischen und nicht nur obligatorischen Leistungen hatten. Die Zuschüsse wurden auf der Grundlage der Ausgaben der Krankenkasse aus dem Vorjahr berechnet und deckten 30% der durchschnittlichen Gesamtausgaben der Krankenkasse.

Die Wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen Ende der 1960er Jahre haben Experten dazu veranlasst die kurative Ausrichtung des Systems erstmals in die Frage zu stellen. Diskussionen über neue Ansätze zu Konzepten die auf Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung basieren wurden geführt. Trotz kontinuierlichen Anstrengungen das Gesundheitssystem auf die Gesundheit der Bevölkerung auszurichten blieben die Ansätze einer Präventionsstrategie selektiv und unkoordiniert [17]. Bis Anfang der 1970er Jahre gab es Mangel an bestimmten Gesundheitsberufen vor allem bei Zahnärzten und Ärzten im stationären Bereich. Medizinische Versorgung in einigen ländlichen Gebieten war ebenfalls

unzureichend. Diese Defizite wurden beseitigt, und heute wird die Anzahl der Ärzte als zu hoch bewertet [130].

Es gab mehrere Versuche weitere Reformen im Gesundheitswesen zu bringen, einschließlich der beiden in 1974 und 1987, die auch an Referenden gescheitert sind. Ein Grund dafür war, dass beide Reformen ein Paket von Reformvorschlägen zur Kontrolle der Kosten, die Leistungen für Kopfpauschalen, Mutterschaft und Versicherungspflicht enthielten. Das revidierte Krankenversicherungsgesetz KVG, das im Parlament am 18. März 1994 beschlossen, und durch das Referendum am 4. Dezember 1994 genehmigt wurde trat in Kraft am 1. Januar 1996. Es verfolgte folgende Ziele: die Stärkung der Solidarität, Kosteneindämmung, und eine Ausweitung des Leistungskatalogs für stationäre und ambulante Pflege [21].

5.5 Das Gesundheitssystem der Schweiz

Die Schweiz ist ein föderalistischer Staat bestehend aus 26 Kantonen. Die Gewaltenteilung ist auf drei Ebenen aufgeteilt, auf Bund, Kantone und Gemeinden die aus ihrer Entstehungsgeschichte heraus ihre Souveränität und Kompetenzen innerhalb der Schweizerischen Eidgenossenschaft erhielten [159]. Das schweizerische Gesundheitswesen ist aus diesem Grund auch föderalistisch aufgebaut. Gesundheitsleistungen und Gesundheitspolitik verteilen sich auf die drei Ebenen. Aufgrund dieser Gewaltenteilung, der Staatlichen Struktur mit 26 Kantonen mit 26 kantonalen Gesundheitssystemen und hoher Gemeindeautonomie führt dies in vielen Bereichen des Gesundheitswesens zu Zersplitterung und Überschneidungen.

Gemäß der OECD sind die Kantone bzw. vergleichbar kleine geographische Regionen oftmals zu begrenzt, und ihre Bevölkerungszahl ist zu gering, dass sie optimal funktionieren könnten. Wie kompliziert sich diese Konstellation auf die Gesundheitspolitik im Vergleich zu Österreich und Deutschland auswirkt, beschreibt ein Auszug aus dem Vorwort von „Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik“ einer Publikation des Bundesamts für Gesundheit (BAG) [Zitat aus 1] unter dem Titel: „Versuch einer Begriffserklärung“

„Es gibt für die Schweiz noch keine Definition einer „Nationalen Gesundheitspolitik“. Impulse für eine nationale Gesundheitspolitik sind bisher vor allem von den Regierungsmitgliedern des Bundes und der Kantone ausgegangen. Ihre Erwartungen und Bedürfnisse – mehr Kohärenz in der schweizerischen Gesundheitspolitik – stellen

erste Bausteine einer nationalen Gesundheitspolitik dar. [...]Eine nationale Gesundheitspolitik versteht sich sowohl als Ausdruck einer politischen Kultur, als auch als Ergebnis von politischen Strukturen, Prozessen und Projekten, wie sie auf regionaler, gesamtschweizerischer, eidgenössischer und nationaler Ebene anzutreffen sind.

Unter „gesamtschweizerisch“ werden dabei konsolidierte Stellungnahmen, Entscheide oder konzertierte Aktionen einer Mehrheit der Kantone verstanden, unter „eidgenössische“ Entscheide oder Aktionen des Bundes auf der Basis von Vernehmlassungen anderer Akteure, und unter „national“ schließlich fallen gemeinsame Stellungnahmen, Entscheide oder konzertierte Aktionen von Bund und Kantonen.“

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist Teil des Eidgenössischen Departements des Innern. Es vertritt als nationale Behörde die Schweiz in Gesundheitsbelangen in internationalen Organisationen und gegenüber den anderen Staaten. Im Landesinnern ist es zusammen mit den Kantonen verantwortlich für die öffentliche Gesundheit, für die Entwicklung der nationalen Gesundheitspolitik und die Pflege und Entwicklung der sozialen Kranken- und Unfallversicherung. Es definiert, welche Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung erbracht werden, und beaufsichtigt die sozialen Kranken- und Unfallversicherungen. Das BAG erlässt die gesetzlichen Vorschriften zum Verbraucherschutz und beaufsichtigt den Vollzug dieser Gesetze. Es ist zuständig für die Überwachung der übertragbaren Krankheiten und für den Strahlenschutz in der Schweiz und erlässt die notwendigen Vorschriften. Das BAG ist verantwortlich für nationale Programme zur Reduktion des Suchtverhaltens, für die Förderung gesunder Lebensweisen und für das nationale HIV/Aids-Programm. Es ist auch zuständig für den Erlass der gesetzlichen Regelungen für die Aus- und Weiterbildung der Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Tierärzten und erteilt die entsprechenden eidgenössischen Diplomen.

Die Gesundheitsverfassung des Bundes umfasst die Gesamtheit der Verfassungsnormen, die den Rahmen für die Gesundheitspolitik des Bundes bilden [60]. Die Verfassungsgrundlagen des Bundes im Gesundheitswesen wurden in der neuen Bundesverfassung, die am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, erweitert. Am System der Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen im Bereich des Gesundheitswesens wurde aber nichts geändert. Die Gesetzgebung und der Vollzug liegen somit weiterhin grundsätzlich in kantonaler Kompetenz. Die Kompetenz des Bundes zur Gesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung hat maßgeblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der

Gesundheitsversorgung in den Kantonen. Artikel 41 BV (Sozialziele) hält des Weiteren fest, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhalten soll [60].



Abbildung 9: Struktur und Akteure des Schweizer Gesundheitswesens [64]

In der Abbildung neun sind Struktur und Akteure des Schweizer Gesundheitswesens dargestellt die weiter erläutert werden.

Bundesrat und Parlament sind auf eidgenössischer Ebene für die Ausrichtung der schweizerischen Gesundheitspolitik verantwortlich. Sie entwerfen und erlassen Gesetze und Verordnungen. Das BAG schuf Ende 2004 einen Direktionsbereich „Gesundheitspolitik“ in dem zwischen Bund und Kantonen regelmäßig Dialoge zu Gesundheitsfragen stattfinden.

Die Gesundheit ist im Grundsatz eine kantonale Verantwortlichkeit, auch in Bereichen, die vom Bund geregelt werden. Allgemein formuliert, besteht die Aufgabe der kantonalen

Gesundheitsbehörden bei Bundesverantwortlichkeiten darin, die vom Bund erlassenen Gesetze und Verordnungen zu vollziehen. Die Bundesbestimmungen können durch kantonale Ausführungsgesetze ergänzt werden. Im Vollzug der gesetzlichen Vorgaben sind die Kantone autonom und mit folgenden Aufgaben betraut:

- Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Spitalplanung, Bau und Betrieb kantonaler Spitäler und Heime, spitalexterne Krankenpflege (Spitex), sozialpsychiatrische Dienste, schulärztliche Dienste, Notfall- und Rettungsdienste, Gesundheitspolizei
- Aufsicht über Spitäler, Heime und Kliniken
- Prävention und Gesundheitsförderung zusammen mit Bund und Gemeinden
- Berufszulassung für medizinische und paramedizinische
- Lebensmittelkontrolle, Giftkontrolle, Umweltschutz
- Finanzierung/Subventionierung verschiedener Einrichtungen;
- Prämienverbilligung KVG für wirtschaftlich schwache Personen

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) ist das politische Koordinationsorgan der kantonalen Gesundheitsdirektionen. Sie fördert die Zusammenarbeit unter den Kantonen sowie zwischen diesen und dem Bund und anderen Organisationen des Gesundheitswesens.

Der Nationale Dialog Bund-Kantone zur Gesundheitspolitik wird seit seiner Gründung im 2004 als die offizielle nationale Basis für Gespräche und Diskussion gesundheitspolitischer Themen zwischen dem Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und dem Vorstand der GDK genutzt.

Je nach Größe der Gemeinde variieren ihre Aufgaben in der Gesundheitsversorgung erheblich. Zum Teil werden diese Aufgaben im Verbund mit Nachbargemeinden wahrgenommen oder an private Vereine übergeben. Die Gemeinden haben folgende Aufgaben:

- Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Spitäler und Heime, Spitex, Beratungs- und Sozialdienste, Schulzahnpflege
- Prävention und Gesundheitsförderung zusammen mit Bund und Kanton
- Koordinierter Sanitätsdienst mit Bund, Kantonen und privaten Organisationen

Leistungserbringer, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 KVG erfüllen und Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung leisten, sind:

- Ärzte,
- Apotheker,
- Chiropraktiker,
- Hebammen,
- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen,
- Laboratorien,
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen,
- Spitäler,
- Geburtshäuser,
- Pflegeheime,
- Heilbäder,
- Transport- und Rettungsunternehmen,
- Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte dienen.

In der Schweiz gibt es rund 35000 praktizierende Ärztinnen und Ärzte [78]. Ihre Arbeit rechnen sie seit dem 1.1.2004 nach dem gesamt schweizerisch geltenden Tarifsysteem TARMED für Behandlungen in Arztpraxen und Spitälern ab.

Im Sommer 2002 erließ der Bundesrat als kostendämpfende Maßnahme eine Zulassungsbeschränkung für neue Ärztinnen und Ärzte, die verlängert wurde. Der Bundesrat hat bezüglich der Zulassungsbeschränkungen im Amtlichen Bulletin am 11.06.2010 Stellung bezogen [Zitat aus 45]:

„Das Parlament hat am 12. Juni 2009 eine Verlängerung der Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2011 beschlossen. Eine weitere Verlängerung der Zulassungsbeschränkung ist zurzeit nicht geplant. Das weitere Vorgehen nach Ende 2011 wird aber letztlich davon abhängen, ob es gelingt, rechtzeitig eine definitive Anschlusslösung zu finden, welche der Problematik der Mengen- und Kostenausweitung im ambulanten Bereich Rechnung trägt[.]“

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH erlässt für ihre Mitglieder Standesrichtlinien, einen Verhaltenskodex für die Ärzteschaft. Daneben vergibt sie im Auftrag des Bundes Facharztstitel, die als Qualitätssicherung für ärztliche Leistungen wirken. Eine große Mehrheit der schweizerischen Ärzteschaft hat einen FMH-Titel; rund 95% der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sind Mitglied bei der FMH.

Den Großteil der zahnärztlichen Leistungen müssen die Privathaushalte selber zahlen, da die meisten zahnärztlichen Leistungen von der Grundversicherung nicht gedeckt werden. Zu den weiteren ambulanten Diensten im Schweizer Gesundheitswesen zählen Physiotherapie, Ergotherapie, medizinische Labors und die spitalexterne Krankenpflege (Spitex).

Die soziale Krankenversicherung nach KVG (Grundversicherung) gewährt allen in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung. Bei Krankheit oder Unfall stellt sie die Kostenübernahme der medizinischen Behandlung sicher, falls keine Unfallversicherung besteht [21].

Seit dem 1.1.1996 ist die Krankenversicherung für jede in der Schweiz wohnhafte Person obligatorisch. Alle Mitglieder der Familie, Erwachsene wie Kinder, sind individuell versichert. Jede Person, die sich in der Schweiz aufhält, muss sich innerhalb von drei Monaten nach der Einreise versichern. Die gleiche Frist gilt für Eltern, die ihr neugeborenes Kind einer Krankenversicherung anschließen müssen.

Der Versicherte kann den Krankenversicherer (Krankenkasse) frei wählen. Dieser muss ihn unabhängig von seinem Alter und seinem Gesundheitszustand akzeptieren. Die Prämien sind nicht einkommensabhängig angesetzt. Für die Versicherungsnehmer mit niedrigerem Verdienst ist eine Prämienverbilligung die vom Kanton ausgerichtet wird vorgesehen [21].

Die Krankenversicherung wird von rund 90 Krankenkassen durchgeführt, die bestimmten gesetzlichen Bestimmungen entsprechen müssen wie zum Beispiel dem Verzicht, nach Gewinn zu streben, oder der Gewährleistung der Gleichbehandlung der Geschlechter. Die Rolle der Versicherer beschränkt sich nicht einzig auf die Rückerstattung von erbrachten Leistungen für die Versicherten. Sie unterstützen zusammen mit den Kantonen auch die Gesundheitsförderung. Versicherer und Kantone betreiben gemeinsam die Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ die Gesundheitsförderung betreibt und sich für Prävention einsetzt.

Die Krankenversicherung gewährt Leistungen bei:

- Krankheit: Darunter wird die Beeinträchtigung der physischen oder psychischen Gesundheit verstanden, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist und die eine Untersuchung oder Behandlung verlangt oder eine Arbeitsunfähigkeit herbeiführt.
- Mutterschaft: Dazu gehören die Schwangerschaftskontrolle und die Entbindung wie auch die anschließende Erholungszeit für die Mutter.
- Unfall: Unter diesen Begriff fällt die plötzliche und ungewollt verursachte Schädigung, die dem Körper durch ein außergewöhnliches, äußeres Ereignis zugefügt wird, das die physische oder psychische Gesundheit beeinträchtigt, jedoch nicht im Haftungsfall der durch eine Unfallversicherung schon gedeckt ist.

Die Versicherten haben je nach Krankenkasse die Möglichkeit, besondere Versicherungsmodelle zu wählen, um eine Prämienreduktion zu erhalten. Dies sind z.B. wählbare Franchise, HMO- oder Hausarzt-Modell und Bonussystem. Diese Modelle haben auch das Ziel, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu verstärken und damit eine Kostendämmung zu bewirken.

Die Aufsicht über die Versicherer, welche die Grundversicherung anbieten, wird vom BAG ausgeübt. Die Aufsicht über die freiwilligen Zusatzversicherungen wie private Abteilung in Spitälern, Zahnbehandlungen, unterliegt dem privaten Versicherungsrecht die der Aufsicht des Bundesamts für Privatversicherungen (BPV) unterliegen. Das BAG ist dafür verantwortlich, dass die Versicherer das KVG einheitlich anwenden. Es wacht ebenfalls über die finanzielle Sicherheit der Krankenversicherer. Die Prämien der Versicherer müssen vom BAG genehmigt werden, damit sie Gültigkeit erlangen.

5.6 Gesetzliche Grundlagen für Qualität im Gesundheitswesen der Schweiz

Das Schweizer Gesundheitssystem ist durch Föderalismus geprägt, wodurch die Funktionen, Regelmechanismen und Zuständigkeiten bezüglich Qualität im Gesundheitswesen beschränkt sind. Der Bund, der sich als Koordinator und Vermittler zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen sieht, hat im Interesse der Bevölkerung Bemühungen zur gesetzlichen Verankerung der Qualität in der Gesundheitsversorgung unternommen. Die Maßnahmen des Bundes wurden von der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) geprüft und in einem Bericht vom September 2007 präsentiert. Im Zentrum der Betrachtungen der GPK-S standen die zentralen Artikel des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) [48] zur Qualitätssicherung (Art. 58 KVG) und der Krankenversicherungsverordnung (KVV) (Art 77 KVV) die gesetzliche Grundlagen für die Qualitätsmaßnahmen im schweizerischen Gesundheitswesen darstellen. Die GPK-S kommt in diesen Bericht zum Schluss, dass der Bund seine Möglichkeiten zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nicht ausreichend nutzt.

Dem Bund wird in einem separaten Schreiben vom Dezember 2007 empfohlen, aktiver als bisher steuernd ins Geschehen einzugreifen. Der Bund veröffentlichte als Stellungnahme auf diesen Bericht die „Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen“, [136] eine Zusammenfassung der vorliegenden Situation, Gesetzesgrundlagen und zukünftige Absichten des Bundes in Richtung der Qualität im Gesundheitswesen. Der Bund sieht in dieser Zusammenfassung den Einsatz der vorhandenen begrenzten Kompetenzen vor allem in der Steuerung und Kontrolle der Versorgungsqualität als einer Reihe der verketteten Prozesse im Gesundheitswesen die die Leistungserbringer als Mittelpunkt haben. Dabei werden die Möglichkeiten und vorhandene Mittel für die Umsetzung und Wahrung der Qualität aufgezeigt. Es ist die Rede von einer Vielfalt der qualitätsbeeinflussenden Bereiche bei den Leistungserbringern die als Input, Throughput, Output und Outcome zu unterscheiden sind, und in denen der Bund seine Kontrollmechanismen einsetzt um die Versorgungsqualität als die Gesamtheit der Teilbereiche zu gewährleisten.

„Will man die Versorgungsqualität insgesamt beurteilen, dann kann man sich aber nicht nur auf die Betrachtung der Qualität der einzelnen Leistungserbringer/ innen beschränken. Für die Gesamtleistung des Versorgungssystems kommt es weiter darauf an, wie die verschiedenen Leistungserbringer/ innen zusammenarbeiten und abgestimmt sind. Schließlich sind die (regionale) Versorgungssicherheit und der schichtunabhängig gleiche Zugang zu den Leistungen von zentraler Bedeutung.“ [Zitat aus 136].

Der Krankenversicherungsgesetzes (KVG) [48] vom 18. März 1994 definiert im 4. Abschnitt: Tarife und Preise mit dem Artikel 58 (Qualitätssicherung) die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und im Artikel 59 (Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen) die Sanktionen bei Verstößen gegen das Gesetz [Zitat aus 48]:

Art. 58 Qualitätssicherung

1 Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Organisationen systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmäßigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen vorsehen.

2 Er kann die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen.

3 Er regelt, mit welchen Maßnahmen die Qualität oder der zweckmäßige Einsatz der Leistungen zu sichern oder wiederherzustellen ist. Er kann insbesondere vorsehen, dass:

a. vor der Durchführung bestimmter, namentlich besonders kostspieliger Diagnose- oder Behandlungsverfahren die Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin eingeholt wird;

b. besonders kostspielige oder schwierige Untersuchungen oder Behandlungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur vergütet werden, wenn sie von dafür qualifizierten Leistungserbringern durchgeführt werden. Er kann die Leistungserbringer näher bezeichnen.

Art. 59 Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

1 Gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder gegen vertragliche Abmachungen verstoßen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen:

a. die Verwarnung;

b. die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden;

c. eine Busse; oder

d. im Wiederholungsfall den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

2 Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

3 Verstöße gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:

- a. die Nichtbeachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Artikel 56 Absatz 1;*
- b. die nicht erfolgte oder die mangelhafte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;*
- c. die Weigerung, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;*
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;*
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;*
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen.*

Die Krankenversicherungsverordnung (KVV) vom 27. Juni 1995 gestützt auf KVG regelt und definiert im Artikel 77 (Qualitätssicherung) die gesetzliche Grundlage für Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich genauer [Zitat aus 48]:

Art. 77 Qualitätssicherung

1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

2 Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

3 In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.

4 Das Departement setzt nach Anhören der zuständigen Kommission die Maßnahmen nach Artikel 58 Absatz 3 des Gesetzes fest.

Im KVG Kapitel 5. (Aufsicht) 3. Abschnitt (Aufsichtsdaten) Art.32 (Wirkungsanalyse) [48] schreibt der Gesetzgeber vor, dass BAG die Durchführung und Wirkung des Gesetzes in Zusammenarbeit mit Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen mit Vertretern der Wissenschaft Untersuchungen durchführt, insbesondere: *„ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden“*.

In weiterer Folge werden die einzelnen Berufsgruppen oder Versorgungseinrichtungen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach Artikel 77 verpflichtet: Art. 51 Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, Art. 52 Organisationen der Ergotherapie, Art. 52a Organisationen der Physiotherapie, 7. Abschnitt: Laboratorien.

Im 11. Abschnitt:165 Planungskriterien Art. 58b Versorgungsplanung, wird die Qualität in der Versorgungsplanung im stationären Bereich (Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime) der die Kompetenz der Kantone ist, unter der Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit, medizinischen Angebots, Patientenzugänglichkeit und Effizienz definiert.

Durch den 3. Kapitel: Tarife und Preise 1. Abschnitt: 177 Grundsätze Art. 59d Leistungsbezogene Pauschalen, legt der Gesetzgeber die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer und Versicherer in dem die Tarifvertragsgenehmigung seitens des Bundes an die Qualität gekoppelt sind [Zitat aus 48]:

„1 Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat [...] den Tarifvertrag zur Genehmigung unterbreiten. [...] Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen namentlich folgende Unterlagen eingereicht werden: [...]
b. die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung; [...].

In den Rahmenverträgen von Schweizer Spitalsverband H+ und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH mit dem Verband der Versicherer santésuisse (TARMED) wird die Qualitätssicherung auf dieser Gesetzesgrundlage allgemein geregelt. Die Spitäler und Ärzte verpflichten sich damit zur Mitwirkung bei Maßnahmen für Sicherung und Kontrolle der Qualität nach Art. 58 KVG.

5.7 Entstehung und Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland

Wurzeln der deutschen Sozialversicherung sind die genossenschaftlichen Hilfseinrichtungen der Gilden, die im ausgehenden Mittelalter entstanden. Im 19. Jahrhundert übernahm die wachsende Klasse der Industriearbeiter dieses Prinzip und richtete freiwillige, beschäftigungsbezogene Selbsthilfeeinrichtungen ein. Auch Betriebe und Gemeinden schufen Kassen, die die gesetzlichen Beihilfen und Wohltätigkeitseinrichtungen ergänzten. 1849 machte Preußen die Krankenversicherung für Bergleute verpflichtend und erlaubte Gemeinden, von Arbeitgebern und Arbeitnehmern Pflichtbeiträge zu erheben. Fünf Jahre nach der Gründung des Deutschen Reichs 1876 erließ die Regierung reichsweit einheitliche Vorgaben über Mindestbeiträge zur Krankenversicherungen und Mindestleistungen, die allerdings nicht gesetzlich verpflichtend waren [6].

Die kaiserliche Botschaft Wilhelms I von 1881 enthielt drei Gesetzesinitiativen zur Besserung der Arbeiterlage: die Absicherung im Falle eines Betriebsunfalls, zur Sicherung im Alter und bei Invalidität und zum Krankenkassenwesen. Im selben Jahr schlug Reichskanzler Bismarck die Einrichtung einer reichsweiten, staatlich unterstützten Krankenpflichtversicherung vor, und stieß auf Widerstand seitens der Landesregierungen, liberalen Mitglieder des Reichstags sowie Vertretern aus Wirtschaft, Landwirtschaft und Kirchenkreisen die einen wachsenden Einfluss der Reichsregierung in diesen Gesetzen sahen. Das im Jahr 1883 erlassene „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ war ein Kompromiss zwischen der Regierung und den Interessensgruppen. Das Gesetz führte eine reichsweit einheitliche Krankenversicherungspflicht für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und sonstigen Gewerbebetrieben bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe ein. Versicherungspflichtige Arbeitnehmer entrichteten zwei Drittel, die Arbeitgeber ein Drittel des Krankenversicherungsbeitrags. Die Arbeitnehmer und Arbeitgeber erhielten das Recht und die Pflicht, Vertreter in der Selbstverwaltung der Kassen entsprechend ihren Beitragsanteilen zu entsenden. Die Partner waren für die Verwaltung der Krankenversicherung verantwortlich und konnten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben nur gemeinsam über den Beitragssatz, die Gewährung von Leistungen und weitere Satzungsfragen selbst entscheiden. Das Gesetz baute auf existierenden Ortskrankenkassen, berufsständischen Krankenkassen und Betriebskrankenkassen auf, die auf gemeinnütziger Basis operierten. Die Zulassung und Aufsicht der gesetzlichen Kassen wurde der Landesregierungen übertragen. Die Rolle der Reichsregierung und des Reichstags beschränkte sich nun nur noch auf die Rahmengesetzgebung für die ansonsten

selbstverwalteten Krankenkassen. In den folgenden Jahrzehnten wurde das so genannte Bismarck'sche System auch auf andere Bereiche der Sozial und Krankenversicherung ausgeweitet. Anfänglich standen den Kassen die Auswahl der Leistungserbringer und die Vertragsgestaltung frei. Die Mitglieder dieser Primärkassen erhielten einen rechtlichen Anspruch auf kostenfreie ambulante ärztliche Behandlung, Medikamente, Brillen und einige weitere Hilfsmittel. Sie hatten zudem bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit ab dem dritten Tag einen Anspruch auf Krankengeld in Höhe von 50% des ortsüblichen Tageslohns bis zu einer Dauer von 13 Wochen sowie gegebenenfalls auf Wochen- und Sterbegeld. Die Kassen konnten auch freie Krankenhausbehandlung gewähren. Das Gesetz von 1883 zeigte auch auf, in welchen Leistungsbereichen die Selbstverwaltung der einzelnen Kassen Mehrleistungen beschließen und in der Satzung verankern konnten. Dazu zählten insbesondere die Mitversicherung von Familienangehörigen, die Erhöhung von Geldleistungen und die Verlängerung der Krankengeldbezugsdauer auf bis zu ein Jahr, aber auch die Ausdehnung von Sachleistungen beispielsweise nichtärztlicher Gesundheitsberufe [37].

Die Entstehung des gegenwärtigen Gesundheitssystemmodells beginnt 1883 mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch den Reichstag. Deutschland wird als das erste Land angesehen, das ein Sozialversicherungssystem auf nationaler Ebene eingeführt hat [8].

1884 verabschiedete der Reichstag zudem eine gesetzliche Unfallversicherung, die Arbeitnehmern im Fall von arbeitsbedingten Unfällen und Berufskrankheiten Sachleistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation und Geldleistungen bei Erwerbsunfähigkeit und Tod gewährte. Die Pflichtversicherung wurde zu 100% von Arbeitgebern finanziert, die sich zu diesem Zweck nach Branchen in Berufsgenossenschaften zusammenschlossen.

Die 1889 eingeführte gesetzliche Rentenversicherung, in die Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen einzahlten, stellte neben Altersrenten, Erwerbsunfähigkeitsrenten und beruflicher Rehabilitation auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation bereit, um das Risiko einer Erwerbsunfähigkeit durch Erkrankung zu reduzieren. In einem Versuch, die wachsende Politisierung der Angestellten von der der Arbeiter abzugrenzen, führte die Regierung 1901 eine eigene Gruppe von Angestelltenkrankenkassen ein. Angestellte erhielten größere Wahlfreiheit unter den Kassen und die eingetragenen Hilfskassen versorgten zunehmend fast ausschließlich Angestellte. Obwohl die Beiträge dieser „Ersatzkassen“ nun paritätisch mit den Arbeitgebern geteilt wurden, blieb die Selbstverwaltung bis heute vollständig in der Hand der Arbeitnehmer [6].

Die Reichsversicherungsordnung von 1911 stiftete ein gemeinsames rechtliches Fundament für die verschiedenen Säulen der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten die, mit einigen Veränderungen, bis 1988 erhalten blieben. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung bezüglich Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft sind in modifizierter Form noch heute geltendes Recht. Von 1880 bis 1883 verdoppelte sich durch die GKV-Einführung die Anzahl der Krankenversicherten. Der Bevölkerungsanteil der gesetzlich Krankenversicherten stieg in den folgenden Jahrzehnten von 10% im Jahr 1885 schrittweise auf 34% im Jahr 1938 an.

Das Gesetz von 1883 sah keine Regelung in den Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten vor, und stellte keine Anforderungen bezüglich der Qualifikation Beschäftigter im Gesundheitswesen, sondern gab die Kompetenzen diesbezüglich den Kassen. Aufgrund der wachsenden Anzahl der Ärzte und der pflichtversicherten Patienten deren Zugang zu Ärzten durch die Krankenkassen beschränkt war, begannen die Ärzte in den 1890er Jahren mit Lobbyarbeit und Streiks für Autonomie und höhere Einkommen. Aus diesen Konflikten errangen die Ärzte bis 1933 wichtige Erfolge über die öffentlichen Krankenkassen, andere Heilberufe und angestellte Ärzte im öffentlichen oder gemeinnützigen Sektor, die aber auch zu Rivalitäten und Konfliktlinien innerhalb der ärztlichen Profession zwischen den Fachgebieten, insbesondere den Spezialisten und den Hausärzten, sowie zwischen den Angestellten im stationären Sektor und den Freiberuflern im ambulanten Sektor führten die heute noch bestehen. Die dominante Rolle der Ärzte über das gesamte Gesundheitswesen hat sich seit damals nicht geändert und prägte die Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen bis heute [6].

Die Strukturen des Sozialversicherungssystems, seiner Finanzierung und der Gesundheitsversorgung blieben zwischen 1933 und 1945 bestehen. 1936 wurden Krankenkassen rechtskräftig verpflichtet Krankenhausversorgung nicht nur Mitgliedern, sondern auch deren Familienangehörigen zu gewähren. 1941 wurde der gesetzliche Krankenversicherungsschutz auf Rentner ausgeweitet.

Der jüdischen Bevölkerung und stigmatisierten Minderheiten wurde der Zugang zum Gesundheit- und Sozialsystem stark eingeschränkt oder verwehrt. 1933 wurde jüdischen Ärzten die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten per Gesetz untersagt, 1937 die Behandlung jüdischer Patienten. Durch das generelle Berufsverbot für jüdische Ärzte 1938 waren 12% der Ärzte von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen.

Zwischen 1933 und 1935 wurden die Krankenkassen, Gesundheitsämter, Wohlfahrtsorganisationen, gemeinnützige Organisationen der Gesundheitsaufklärung, die

Berufsverbände und Kammern freiberuflicher Gesundheitsberufe zentralisiert und durch die Leiter die von der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei benannt und nicht mehr gewählt, wodurch es zu einer Schwächung der Kassen und einer weiteren Stärkung der Position der ambulanten Ärzte kam [6].

Von 1949 bis 1990 wurde die Gesundheitsversorgung in Deutschland in zwei voneinander unterschiedlich organisierten, getrennten Systemen gewährleistet. Die sowjetische Besatzungsmacht im östlichen Teil Deutschlands setzte autoritärere Maßnahmen zur Prävention von Infektionskrankheiten ein und führte schrittweise ein staatliches Gesundheitssystem ein. Die für die Gestaltung des neuen Gesundheitssystems bestellten Gesundheitsexperten empfahlen ein Modell, das von Traditionen aus der Weimarer Republik geprägt war und auf Erfahrungen mit den Gesundheitssystemen in Großbritannien, Schweden und der Sowjetunion aufbaute. Das DDR-Gesundheitssystem war in ambulante und stationäre Versorgung strukturell getrennt, obwohl die Bereiche in der Praxis kooperierten und oft räumlich beieinander lagen. Das Prinzip der Sozialversicherung wurde beibehalten, Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilten die Beiträge, die Verwaltung wurde aber auf nur zwei große Krankenkassen konzentriert, eine für Arbeiter mit 89% der Versicherten, und eine für andere Berufsgruppen, Mitglieder landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften, Künstler und Selbständige. Das Personal war im Gesundheitswesen bei staatlichen Gesundheitseinrichtungen angestellt, die ambulante Versorgung wurde zu einem kleinen Teil in Einzelpraxen, überwiegend in gemeinde- und betriebseigenen Polikliniken geleistet, die personell multidisziplinär mit Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ausgestattet waren [6].

In der Bundesrepublik Deutschland gewannen 1949 die Christdemokraten die ersten Wahlen und bauten bis 1955 bundesweit das Gesundheitssystem von 1929 wieder auf. Die Krankenkassenbeiträge und die Vertretung in der Selbstverwaltung waren zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern paritätisch verteilt. Die niedergelassenen Ärzte wurden mit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung und den zugehörigen Rechten und Pflichten beauftragt und erhielten 1961 durch das Bundesverfassungsgericht die allgemeine Niederlassungsfreiheit [37].

Der Zeitraum von 1955 bis 1965, in dem zwei Gesundheitsreformvorschläge 1960 und 1964 scheiterten, war von den Auseinandersetzungen der Interessensgruppen um strukturelle Reformen für eine Kostenreduktion geprägt. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen stiegen zwischen 1965 und 1975 aufgrund des Wirtschaftswachstums, steigenden Preisen und Gehältern, demographischen Trends, kostenintensiven Technologien und Modernisierung

und Ausweitung von Infrastruktur. In den 1970er Jahren wurden neue Mitgliedergruppen in die GKV aufgenommen: Bauern, Behinderte und Studierende [6].

1972 wurde eine duale Finanzierung der Krankenhäuser durch Bund und Ländern geregelt, mit der Absicht infrastrukturelle Defizite, Versäumnisse und unzureichende Investitionen in die Krankenhäuser zu beseitigen. Die Krankenkassen zahlen für Leistungen und Personal, die Länder die Investitionen, aber keine laufende Kosten [37].

Ab 1975 wurden steigende Kosten als Kostenexplosion wahrgenommen. Durch das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz von 1977 wurde die Phase der schnellen Steigerung der Gesundheitsausgaben, insbesondere im Krankenhaussektor beendet. Ziel war es eine Beitragssatzstabilität, die Entwicklung der Leistungsausgaben an die Einkommensentwicklung der Versicherten knüpft, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu schaffen, die seitdem zentrales Ziel der Kostendämpfung im Gesundheitswesen geblieben ist [37].

Diese seit 1977 betriebene Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen war vor allem auf eine Umverteilung der Kosten ausgerichtet, ohne Absicht grundlegende Strukturen des Gesundheitssystems zu ändern [37].

Der Anteil der gesetzlich Versicherten in der Bevölkerung der Bundesrepublik stieg auf 88% im Jahr 1987. In der sozialistisch regierten Deutschen Demokratischen Republik (DDR) waren schon 1949 100% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert [6].

Der Wiedervereinigungsvertrag wurde 1990 von der DDR Übergangsregierung und der Bundesregierung unterzeichnet. Damit wurde die DDR in den politischen, wirtschaftlichen und den System der sozialen Sicherung und der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik integriert. Die Bundesregierung investierte mehrere Milliarden Euro für den Aufbau der Infrastruktur in den neuen Bundesländern besonders in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die Gesundheitsreformen von 1988 bis Mitte der 1990er Jahre beinhalteten staatliche Interventionen in allen Versorgungssektoren zu Kostendämpfungszwecken und wettbewerbsfördernde Regelungen auf der Krankenkassenseite und im Krankenhaussektor [6].

1993 wurde das Gesundheitsstrukturgesetz beschlossen dessen wichtigste Regelungen die Sektorale Budgetierung, Reform der Krankenhausfinanzierung, und die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung waren, die den beschränkten Zugang der Versicherungsnehmer zu Krankenkassen mit dem Ziel eines verstärkten Wettbewerbs innerhalb der GKV bis 1996 abschaffen sollte. Um Morbiditätsstrukturen und

Einkommensverhältnisse der Versicherten und den Finanzausgleich zwischen den Kassen auszugleichen wurde 1994 der Risikostrukturausgleich eingeführt [37].

In den Jahren 1996/1997 wurden drei Gesundheitsreformen unternommen die im Wesentlichen Zuzahlungen erhöhten und Prävention und Rehabilitationsleistungen einschränkten [6].

Die Gesundheitspolitik seit 1998 kann in drei Phasen eingeteilt werden. In der ersten Phase von 1998 bis 2000 wurde Großteil der gesetzlichen Regelungen von 1996/1997 aufgehoben und durch verstärkte Kostendämpfungsmaßnahmen in allen Sektoren ersetzt. In der zweiten Phase von 2000 bis 2003 wurden Arzneimittelbudgets aufgehoben und durch Preiskontrollen und Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene ersetzt, diagnosebezogenen Fallpauschalen zur Vergütung akutstationärer Leistungen, der sogenannte DRG-System, wurden eingeführt und eine Reform des Risikostrukturausgleichs durchgeführt.

2001 wurde das GKV-Modernisierungsgesetz verabschiedet, das eine Kostenverlagerung auf private Haushalte durch Zuzahlungen und Leistungsausschlüsse (Zahnersatz, Brillen, Kontaktlinsen) beinhaltete, wodurch teilweise Gesetzesbestimmungen von 1996/1997 erneut eingeführt wurden. Es wurde aber erstmals eine Beteiligung von Patientenvertretern an den Beratungen der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgeschrieben [37].

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 wurden die Bundesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen, der Krankenhausausschuss und der Koordinierungsausschuss in einem Gremium vereint, dem Gemeinsamen Bundesausschuss [81].

Die Gesundheitsreform vom 2007 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Krankenversicherung) brachte Veränderungen in vier wesentlichen Bereichen: die Reform der Finanzierungsordnung, der Gesundheitsfonds, die Modernisierung der gesetzlichen und privaten Kassen und die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Hierzu erklärte Bundesministerin Ulla Schmidt [Zitat aus 180]:

„Die Versicherungspflicht ist ein Schutz für alle, die ihren Krankenversicherungsschutz verloren haben und sie ist ein wichtiger Schritt zu einer zeitgemäßen Absicherung gegen das Risiko Krankheit. Die Erwerbsbiografien sind heute nicht mehr so gradlinig wie früher. Man wechselt von einem festen Job in die Selbständigkeit, macht vielleicht das ein oder andere Praktikum, um danach wieder ein festes Arbeitsverhältnis zu haben. Wenn man dabei die Gewissheit hat, gegen Krankheit immer abgesichert zu sein, ist ein Kernversprechen unseres Sozialstaats erfüllt. Deswegen vor allem ist die Gesundheitsreform 2007 ein Meilenstein in unserer Sozialgesetzgebung.“

Weitere wesentliche Elemente wie einheitlicher Beitragssatz, Basistarif in der privaten Krankenversicherung, Start von Gesundheitsfonds und neuem Risikostrukturausgleich (RSA) waren am 1.1.2009 in Kraft getreten. Das Bundeskabinett hat am 29. Oktober 2008 den paritätisch finanzierten Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. Januar 2009 mit 14,9 Prozent, davon 7,9 Prozent zu Lasten der Arbeitnehmer bzw. Pensionskasse und 7 Prozent zu Lasten der Arbeitgeber, festgelegt.

Die aktuelle Reform vom 06. Juli 2010 ist die Summe von verschiedenen Maßnahmen, mit der Gesundheitsminister Philipp Rösler die gesetzliche Krankenversicherung reformieren will. Dazu werden laut dem Gesundheitsminister Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Leistungserbringer im System und Steuerzahler mit herangezogen um das Defizit auszugleichen [53].

Laut den deutschen Medien [53] setzt die Reform den bisherigen Weg der Kostenverlagerung auf Versicherte, die statt den bisherigen 14,9% ab 2011 15,5 % des Einkommens als Krankenkassenbeitrag zahlen sollen. Mit den Mehreinnahmen von 6 Milliarden Euro, die neben den Versicherten auch Krankenanstalten mit 3,5 Milliarden Euro als Einsparungen bei der Verwaltung und Versorgungskosten leisten sollen, und Pharmaindustrie die 2 Milliarden Euro beisteuern soll, soll das Defizit im Jahr 2011 beglichen werden.

5.8 Das Gesundheitssystem in Deutschland

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist in drei Ebenen durch die Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimierten Organisationen der Zivilgesellschaft organisiert. Der Bund regelt den Leistungsumfang von Sozialversicherungen, die Gewährleistung gleicher Bedingungen sowie einheitliche Leistungserbringung und Finanzierung. Das Sozialgesetzbuch (SGB) beinhaltet sämtliche Regelungen der Sozialversicherung. Die im SGB V geregelte gesetzliche Krankenversicherung ist seit 1991 im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Kapitel 1 des SGB V [163] definiert die grundlegenden Prinzipien der GKV. Die übrigen Kapitel regeln die folgenden Bereiche:

- Versicherter Personenkreis (Kapitel 2),
- Leistungen der Krankenversicherung (Kapitel 3),
- Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern, insbesondere zu Ärzten und Zahnärzten (Kapitel 4),
- Organisation der Krankenkassen und ihrer Verbände (Kapitel 6 und 7),

- Finanzierungsmechanismen einschließlich des Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen (Kapitel 8),
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Kapitel 9),
- Versicherungs- und Leistungsdaten (Kapitel 10),
- Überleitungsregelungen aus Anlass der Herstellung der deutschen Einheit (hinzugefügt durch den Einigungsvertrag als Kapitel 12).

Das Grundgesetz (Kapitel 1) sieht vor, dass die Lebensverhältnisse in allen Bundesländern gleichwertig sein sollen und definiert Gebiete ausschließlicher und konkurrierender Gesetzgebungskompetenz für den Bund. Die gesundheitsrelevante Bereiche sind jedoch in der geteilten Gesetzgebung zwischen Bund und den Ländern enthalten: die Sozialgesetzgebung, Maßnahmen gegen Krankheiten die die öffentliche Sicherheit gefährden, Strahlenschutz, die Zulassung von Ärzten und anderen medizinischen Berufsgruppen, Arzneimittel sowie die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, sowie verschiedene Umweltschutzbestimmungen. Sofern Bundesrecht in diesen Bereichen besteht, tritt dies vor das Landesrecht. Falls der Bund seine Zuständigkeit in den anderen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesens per Gesetz nicht regelt, fallen diese in den Zuständigkeitsbereich der Länder [6].

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist für die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften zuständig. Die zentralen Aufgaben sind Sicherung, Weiterentwicklung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. Ein Schwerpunkt des Ministeriums im Gesundheitsbereich ist die Prävention, der Gesundheitsschutz, die Krankheitsbekämpfung und die Biomedizin. In den Aufgabenbereich des Ministeriums fallen die Berufsgesetze für die Zulassung zu den bundesrechtlich geregelten Heil- und Gesundheitsberufen einschließlich entsprechender Ausbildungsregelungen. Die nationale, europäische und internationale Gesundheitspolitik sind auch Aufgaben des Bundesministeriums. Dem Ministerium sind der Drogen- und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung zugeordnet. Zur Umsetzung seiner Aufgaben unterhält das BMG als nachgeordnete Behörde die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn, das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesamt für Sera und Impfstoffe in Langen/Hessen, das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln und das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin [52].

Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit. Seine Funktion besteht darin, der interessierten Öffentlichkeit aktuelle Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin zugänglich zu machen. Das DIMDI wurde 1969 gegründet und hat seinen Sitz in Köln. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information forscht nicht selbst, sondern betreibt Forschungsförderung im Bereich Health Technology Assessment (HTA). Es stellt datenbankgestützte Informationssysteme, dokumentiert Arzneimittel und Medizinprodukte und stellt diese zur gesundheitsökonomischen Evaluation zur Verfügung. Das Informationssystem „Gesundheitsökonomische Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“ dient vor allem als Informationsgrundlage für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der GBA und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) im Gesundheitswesen können beim DIMDI Forschungen in Auftrag geben [62].

Die Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), der 2004 als nichtstaatliche, gemeinnützige Einrichtung die durch Zuschläge auf Transaktionen im Gesundheitswesen finanziert wird gegründet wurde, ist die objektive Prüfung medizinischer Leistungen und ihrer Vorteile und Nachteile für Patienten unter den Aspekten der Qualität und Wirtschaftlichkeit. Das Institut erstellt HTA-Berichte im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses und unabhängige, evidenzbasierte Gutachten zu Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden, Verfahren der Diagnose und Früherkennung, sowie Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen (DMP).

Das IQWiG verfasst allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen, publiziert alle Ergebnisse in Form von frei zugänglichen Berichten, Rapid Reports, Arbeitspapieren sowie allgemeinverständlichen Versionen dieser Berichte, und stellt sie den Fachleuten und Akteuren aus dem Gesundheitswesen und Bürgern zur Verfügung. Damit wird allen Beteiligten ermöglicht ihre Entscheidungen auf dieser Informationsbasis zu treffen. Die Auftraggeber sind der Gemeinsame Bundesausschuss und das Bundesgesundheitsministerium wobei das IQWiG in eigener Verantwortung Recherchen anstellen kann [98].

Seitens der Leistungserbringer agiert auf der Bundesebene der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA. Am 1. Januar 2004 wurde der G-BA durch das von Bundestag und Bundesrat verabschiedete Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), als das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland errichtet. Er

übernimmt und vereinheitlicht die Aufgaben der unterschiedlichen Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung, bestimmt durch Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), und legt fest welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Die Richtlinien des G-BA gelten für die ambulante Behandlung beim niedergelassenen Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeuten sowie für die Behandlung im Krankenhaus. Sie regeln die Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, ebenso wie die Versorgung mit ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Der G-BA hat gesetzliche Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung. Die Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Der G-BA steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), ist aber keine nachgeordnete Behörde [79].

Das AQUA-Institut, als fachlich unabhängige Institution, hat im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung des G-BA im Herbst 2007 den Zuschlag im Sinne des § 137a SGB V (sektorenübergreifende Qualitätssicherung) erhalten. Die Aufgabe des AQUA-Instituts ist es, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben, bei der Fortführung und Fortentwicklung der bisher sektoralen Qualitätssicherung hin zur Durchführung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch folgende Leistungen zu unterstützen:

- Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität,
- Dokumentation und datentechnische Umsetzung,
- Unterstützung bei der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Veröffentlichung von Ergebnissen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form [96].

Die Abläufe, Strukturen, Akteure im deutschen Gesundheitswesen und ihre Aufgaben sind in der Abbildung zehn dargestellt.

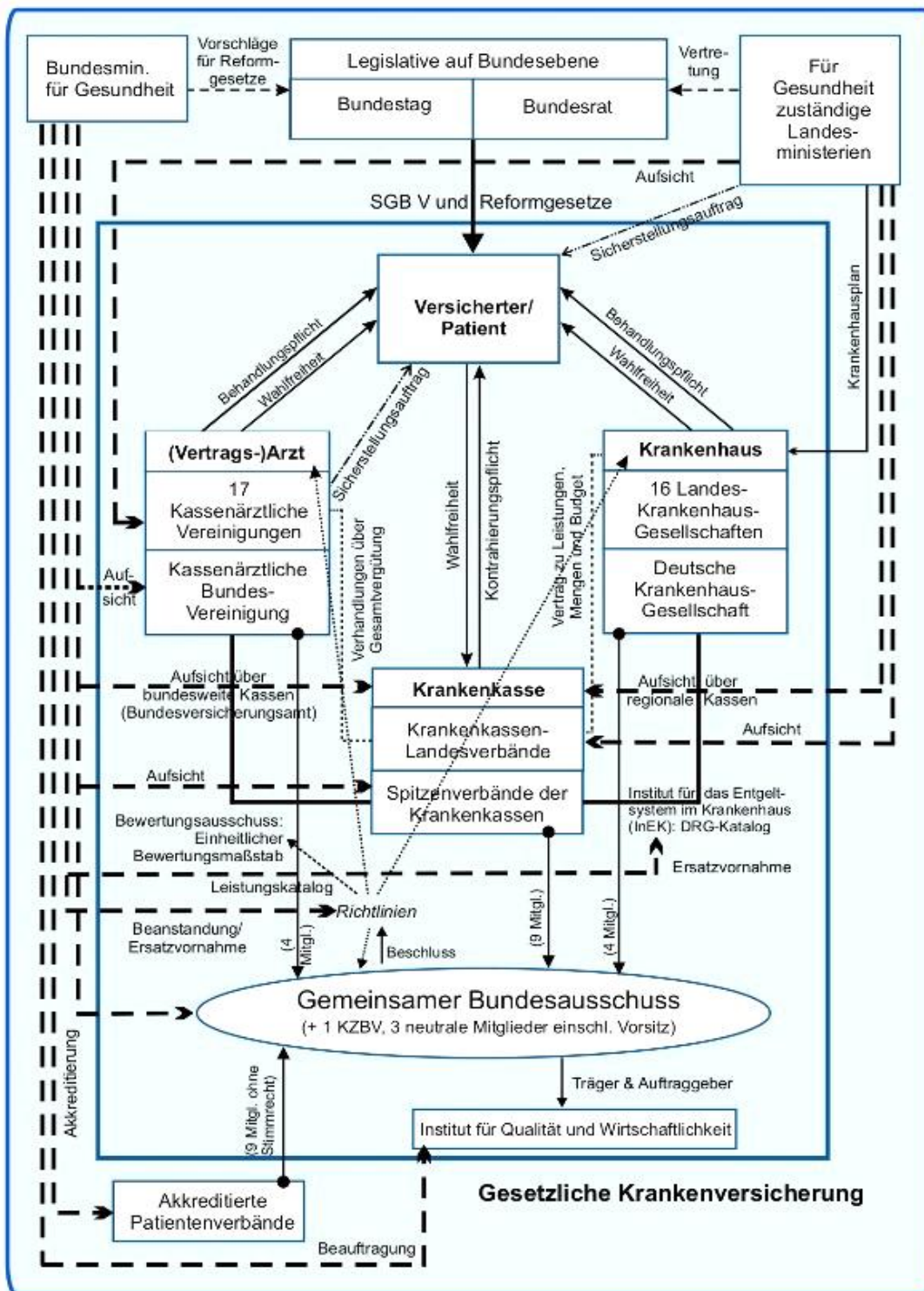


Abbildung 10: Struktur und Akteure im deutschen Gesundheitssystem [6]

In einer beratenden Funktion auf der Bundesebene ist der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) tätig. Der SVR-Gesundheit stellen für die Bundesregierung im Abstand von zwei Jahren, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen, Vorschläge für die Beseitigung von

Versorgungsdefiziten und von Überversorgung sowie zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in einem Gutachten zusammen. Der SVR-Gesundheit wurde, wie schon im Teil der geschichtlichen Entwicklung erwähnt, 1985 als „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" eingerichtet. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen war aus Vertretern der gesundheitspolitisch bedeutendsten Verbände zusammengesetzt und sollte Lösungen zur Dämpfung des Ausgabenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickeln. Seit 1991 werden die Mitglieder des Rates vom Bundesminister für Gesundheit für vier Jahre berufen. Mit der Abschaffung der Konzertierten Aktion erhielt der Rat 2004 seine heutige Bezeichnung [52].

Die Länderregierungen sind verantwortlich für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur durch Krankenhausplanung und Finanzierung. Investitionen werden unabhängig vom Krankenhausträger und gemäß den Prioritäten der Länderregierungen finanziert. Die Investitionen für Gebäude und Großgeräte leisten die Länder, während die Krankenkassen die Mittel für die Finanzierung der Instandhaltung und Reparaturen sichern.

Eine zweite zentrale Aufgabe der Länder, unter Berücksichtigung der Bundesgesetze die Krankheiten betreffen, die die öffentliche Sicherheit gefährden können, ist der Öffentliche Gesundheitsdienst. Er hat die Aufsicht über Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen, die Prävention und Überwachung übertragbarer Krankheiten, die Aufsicht über Betriebe, die Lebensmittel verarbeiten oder Arzneimittel produzieren, einige Aspekte der Umwelthygiene, die Erbringung gemeindenaher psychiatrischer Dienste, die Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung sowie die gesundheitliche Untersuchung von Schulkindern.

Die Länder sind für die vorklinischen und klinischen Studienabschnitte der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Ausbildung zuständig, und haben die Aufsicht über die Ärztekammern und Krankenversicherungen des jeweiligen Landes sowie über die in dem jeweiligen Bundesland aktiven Krankenkassen.

Die Länder koordinieren ihre Aktivitäten im Gesundheitswesen durch die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ministerialbeamten, der obersten Landesgesundheitsbehörden und die Gesundheitsministerkonferenz, die keine bindenden Vorschriften erlassen kann.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) ist eine Zusammenkunft der zuständigen Landesminister die einmal jährlich stattfindet, wobei ein Bundesland jeweils für ein Jahr den Vorsitz hat. Die GMK dient dem politischen Meinungs- und Erfahrungsaustausch der Beteiligten und dient als Plattform für die Erarbeitung und

Artikulation gemeinsamer gesundheitspolitischer Positionen und Forderungen der Länder sowie der Koordination ihres Handelns.

Die Gesundheitsversorgung wird von Organisationen der Ausgabenträgern, der Krankenkassen die im Spitzenverbänden der Krankenkassen zusammengefasst sind, und Leistungserbringern, den Vereinigungen der Ärzte und Zahnärzte die durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf der Bundesebene vertreten sind, getragen. Das SGB V definiert Grundkategorien von Leistungen, den Umfang der zu verhandelnden Bereiche zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, sowie die Form der Vergütung und Details des ambulanten Leistungskataloges.

Kapitel 4 des SGB V ist die zentrale Gesetzesstelle, die die Verbands- oder Selbstverwaltungsstruktur des gesetzlichen Krankenversicherungssystems regelt. In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts. Diese korporatistischen Institutionen bilden die Selbstverwaltungsstrukturen, die für die Finanzierung und Erbringung von GKV-Leistungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens verantwortlich sind und dabei von staatlichen Behörden beaufsichtigt werden (BMG). Die Einrichtungen der Selbstverwaltung basieren auf Pflichtmitgliedschaft und interner demokratischer Legitimierung. Sie können Mitgliedsbeiträge selbst festsetzen und erheben. Im Gegenzug erhalten ihre Mitglieder Leistungen, die ihre Institution finanziert, Kassen für ihre GKV-versicherten Mitglieder, oder selbst erbringt, Kassenärztliche Vereinigungen für ihre vertragsärztlichen Mitglieder und Kassenzahnärztliche Vereinigungen für ihre vertragszahnärztlichen Mitglieder. In gemeinsamen Gremien aus Ausgabenträgern und Leistungserbringern haben die für den jeweiligen Leistungssektor, gesetzlich legitimierten Akteure das Recht und die Pflicht, Leistungen, Preise und Qualitätsstandards auf der Bundesebene zu definieren und horizontale Verträge zu schließen, ihre Mitglieder zu überprüfen und gegebenenfalls auf der Länderebene zu sanktionieren [108].

Die korporatistischen Institutionen der Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet die akute medizinische Versorgung mit allen Fachdisziplinen entsprechend dem Bedarf der GKV-Versicherten in angemessener Wohnortnähe sicherzustellen. Über diesen gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Gesundheitsversorgung haben sie ein Monopol in der Erbringung ambulanter Gesundheitsleistungen. Die Krankenhäuser oder andere Gesundheitsprofessionen sind nicht berechtigt ambulante medizinische Versorgung außerhalb

des kollektivvertraglichen Rahmens anzubieten, außer in Tätigkeitsbereichen, die durch Gesetz oder gemeinsame Verträge der Ausgabenträger und Leistungserbringer bestimmt werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen Verträge mit den Krankenkassen in den jeweiligen Bundesländern ab, unter Garantie, dass diese Leistungserbringung den gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen entspricht, und verteilen die Erträge aus den Vergütungen der Krankenkassen an die vertragsärztlichen Mitgliedern. Die Sicherstellung der Notfallversorgung ist seit 1997 die Länderkompetenz die weitgehend von Krankenhäusern geleistet wird. Die Krankenhäuser verfügen im stationären Sektor nicht über korporatistischen Institutionen und schließen ihre Verträge deshalb einzeln mit den Krankenkassen ab. Die Leistungskataloge des Krankenhauses und dessen Vergütung müssen aber die gleichen Bedingungen für alle Krankenkassen beinhalten.

Jenseits der etablierten entscheidungstragenden Akteure haben Pflege- und Heilmittelverbände, sowie legitimierte Patientenorganisationen erweiterte Anhörungsrechte bei den Entscheidungen erhalten.

Die Mitentscheidungsrechte und Mitfinanzierungspflichten wurden dem Verband der privaten Krankenversicherung in den Entscheidungsgremien des stationären Sektors zur der Entwicklung des DRG-basierten Fallpauschalensystems übergeben. Die Sozialgerichte bilden eine weitere Instanz im Gesundheitssystem.

Die Gesundheitsreform vom 2007 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Krankenversicherung) [84] brachte Veränderungen in der Vergütung der Leistungen zwischen den Krankenkassen und der Leistungserbringer. Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Mitglieder einer gesetzlichen Kasse den gleichen prozentualen Beitrag in den neu gegründeten Fonds. Die Kassen leiten die Beiträge der Arbeitgeber und der Versicherten taggleich an den Gesundheitsfonds weiter. Jede Krankenkasse erhält aus dem Fonds pro Versichertem eine pauschale Zuweisung die nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiken angepasst wird zurück. Damit gleicht der Fonds ungleich verteilte Krankheitsbelastungen zwischen Kassen aus.

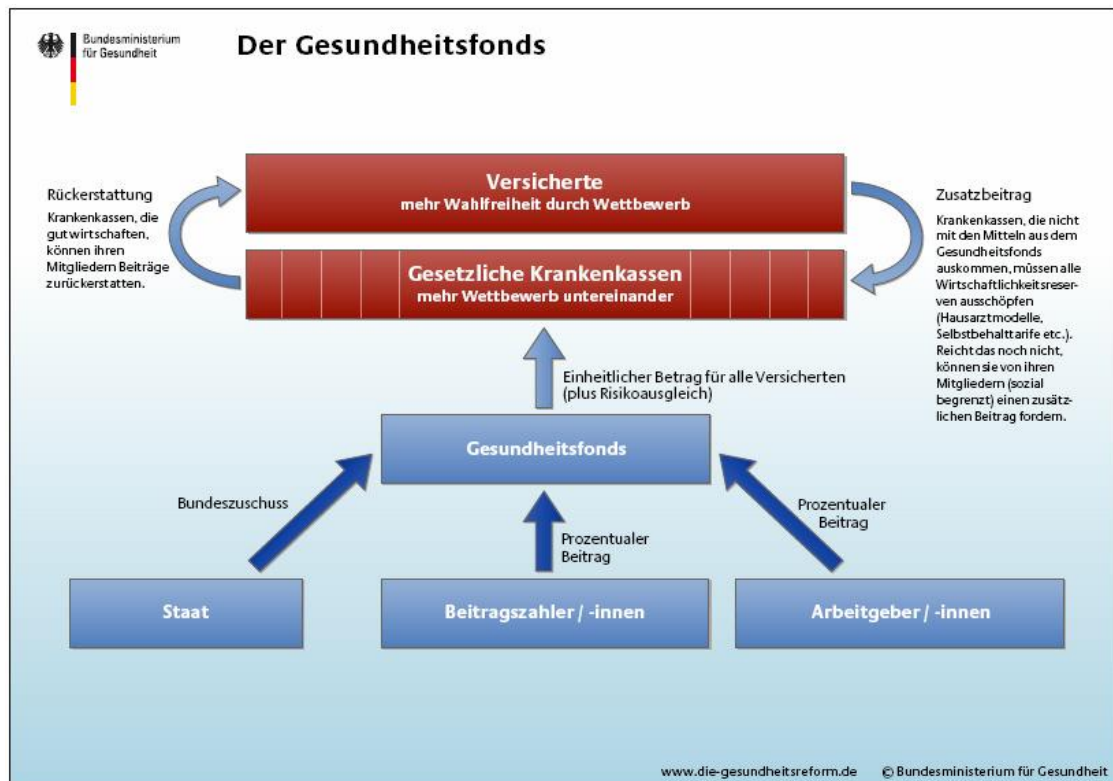


Abbildung 11: Finanzierung des Gesundheitswesens seit 2009 [68]

5.9 Gesetzliche Grundlagen für Qualität im Gesundheitswesen

Die gesetzliche Grundlage für Qualität in deutschem Gesundheitswesen ist im SGB V im neunten Abschnitt (Sicherung der Qualität der Leistungserbringer) enthalten [164]. Um Qualitätsdefizite in der Versorgung zu reduzieren und die Qualität der Leistungen zu sichern wurde erstmals 1993 die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement für Krankenhäuser eingeführt. Im Jahr 2000 (GKV Gesundheitsreform) wurde diese Verpflichtung auch für Arztpraxen vorgeschrieben. Ziel dieser Reform war es höhere Transparenz über die Versorgungsqualität durch verpflichtende externe Qualitätssicherung für Krankenhäuser zu schaffen und eine Verschlechterung der Versorgungsqualität im Zuge neuer Vergütungsformen (DRG Einführung) zu verhindern.

Die berufliche Fortbildung für alle Gesundheitsberufe wurde 2004 im Zuge der Gesundheitsreform (GKV Modernisierungsgesetz) gesetzlich verankert, sowie die verpflichtende Veröffentlichung der externen Qualitätssicherung für Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen [6].

Mit dem Paragraphen 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung (1), werden die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen

erbrachten Leistungen, verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Im Punkt 2 werden die Leistungserbringer, laut Gesetzgeber, Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, nach § 137 und §137d (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation) verpflichtet:

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und,
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Weiter werden die Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser verpflichtet die Daten der „verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ an eine „ fachlich unabhängige Institution“ die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137a bestellt wird, weiter zu leiten. (siehe oben: Das Gesundheitssystem in Deutschland, AQUA)

Im obengenannten Paragraphen 137: Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung (1), schreibt der Gesetzgeber vor [Zitat aus 164]:

„ Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. *die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und,*
2. *Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.“*

Damit gliedert der Bund seine Überwachungsaufgabe der Qualität in der Gesundheitsversorgung durch Leistungserbringer aus, und überträgt die Kompetenzen an den

Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), behält aber die Rechtsaufsicht über G-BA durch das Bundesministerium für Gesundheit. Seit seiner Gründung im Jahr 2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss vor allem durch die vom Unterausschuss "Qualitätssicherung" veröffentlichten Richtlinien zur Maßnahmen der Qualitätssicherung für verschiedene Therapieverfahren und Anwendungen, ärztliche Praxen und Krankenhäuser, sowie für das Qualitätsmanagement im stationären und ambulanten Bereich geregelt. Die folgende Liste gibt einen Überblick der bisherigen Richtlinien des Unterausschusses "Qualitätssicherung"(Stand 17.07.2010)[152]:

Richtlinien des G-BA

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des inoperablen hepatozellulären Karzinom (HCC)
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen
- Mindestmengenvereinbarung
- Qualitätsbeurteilung Kernspintomographie
- Qualitätsbeurteilung Radiologie
- Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie
- Qualitätsmanagement für Krankenhäuser
- Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung
- Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung
- Qualitätsprüfungen (vertragsärztliche Versorgung)
- Qualitätssicherung Dialyse
- Qualitätssicherung in Krankenhäusern
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma
- Qualitätssicherungsvereinbarung Kinderonkologie
- Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC
- Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Qualitätssicherungsvereinbarung Versorgung von Früh- und Neugeborenen (NICU)

- Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
- Regelungen zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus

Im Folgenden werden die Richtlinien für das Qualitätsmanagement für Krankenhäuser und in der vertragsärztlichen Versorgung näher erläutert.

5.9.1 Qualitätsmanagement im stationärem Bereich

In der vom Gemeinsamen Bundesausschuss 2004 veröffentlichten Präambel über die Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser wurden die Ziele, Anforderungen an die Ablauf- und Aufbauorganisation, sowie mögliche finanzielle Auswirkungen bei der Errichtung eines Qualitätsmanagements für die Beteiligten aufgeführt. Dabei definiert der G-BA [Zitat aus 172]:

„Unter Qualitätsmanagement wird eine Managementmethode verstanden, die - auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt - die Qualität in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, die Bedürfnisse der Patienten, Mitarbeiter, Angehörigen oder beispielsweise auch der zuweisenden Ärzte zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifende Zusammenarbeit sowie die stetige interne, systematische Bewertung des erreichten Standes der Qualitätssicherungsanstrengungen“

Vor allem wird die Notwendigkeit der Qualität und der Patientenzufriedenheit mit zunehmendem Wettbewerb und deren Umsetzung im Krankenhaus als Ausdruck der Führungs- und Verantwortungsstruktur und der Kooperation aller Beteiligten in der Versorgung aufgezeigt. Es bleibt dem Krankenhaus überlassen die Art und Weise der Umsetzung des Qualitätmanagements auszuwählen. Es wird diesbezüglich auf die Deming Methodik nach „Plan-Do-Check-Act“-Zyklus sowie die „patientenorientierte Prozessoptimierung“ als prioritäres Ziel des Qualitätmanagements hingewiesen. Die Sanktionen waren seitens des G-BA zu diesem Zeitpunkt nicht vorgesehen [Zitat aus 172]:

„Protokollnotiz zu § 4 Abs. 2 Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt an, die möglichen Auswirkungen dieser Vereinbarungen zu einem späteren Zeitpunkt zu bewerten.“

Die aus dieser Vereinbarung erarbeitete Richtlinie wurde am 15. August 2006 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Die letzte Änderung der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL)“ [153] wurde am 17. Dezember 2009 vorgenommen, und in dieser Fassung trat sie in Kraft mit dem 1. Jänner 2010. Es beschreibt ausführlich, ausgehend von „Maßnahmen der Qualitätssicherung §137 SGB V“, die Ziele der Qualitätssicherung und ihre Anwendung in den Krankenhäusern (Abschnitt A).

Im Abschnitt B werden die Maßnahmen der Externen stationären Qualitätssicherung beschrieben. Hier wird nochmals auf die in Präambel erwähnten Strukturen (§ 3 Krankenhausinterne Kommunikation) hingedeutet. Im nächsten Paragraph werden die Krankenhäuser verpflichtet ihre Leistungen in definierte Leistungsbereiche gemäß der Anlage des Gemeinsamen Bundesausschusses verbindlich zu dokumentieren, da deren Inhalte als Auslöser für die Ein- und/oder Ausschlusskriterien bewertet, und durch die Institution nach § 137a SGB V (Anmerkung: AQUA) auf ihrer Homepage im Internet öffentlich bekanntgemacht werden.

	Leistungsbereich	Verfahren	
		direkt	indirekt
1	Ambulant erworbene Pneumonie		x
2	Aortenklappenchirurgie, isoliert	x	
3	Cholezystektomie		x
4	Pflege: Dekubitusprophylaxe		x
5	Geburtshilfe		x
6	Gynäkologische Operationen		x
7	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		x
8	Herzschrittmacher-Implantation		x
9	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation		x
10	Herztransplantation	x	
11	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation		x
12	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel		x
13	Hüftgelenknahe Femurfraktur		x
14	Karotis-Rekonstruktion		x
15	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation		x
16	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel		x
17	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	x	
18	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)		x
19	Koronarchirurgie, isoliert	x	
20	Mammachirurgie		x
21	Lebertransplantation	x	
22	Leberlebendspende	x	
23	Nierentransplantation	x	
24	Nierenlebendspende	x	
25	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	x	
26	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	x	
27	Neonatologie		x
28	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation		x
29	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel		x
30	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation		x

Abbildung 12: Leistungsbereich für Krankenhäuser 2010 [153]

Hierbei wird zwischen Indirekten und Direkten Verfahren unterschieden [Zitat aus 153]:

„(1) Indirekte Verfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Leistungsbereichen unter Einbeziehung der Landesebene.

(2) Direkte Verfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Leistungsbereichen, bei denen insbesondere wegen geringer Fallzahlen und/oder geringer Anzahl von Krankenhäusern ein bundesweites Management geboten ist. Die Zuordnung der Leistungsbereiche ist in der Anlage dargelegt.“(Abbildung 12)

Diese Unterscheidung laut dem Leistungskatalog der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt wird, ist maßgebend für spätere Prüfung der übermittelten Datensätze, die Sanktionsmaßnahmen, die Teilung der Zuständigkeitsbereiche zwischen Bund und Länder, und schließlich die Finanzierung der für die Datenvalidierung zuständigen Gremien.

Die Daten beim indirekten Verfahren werden von allen Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat der von der Landesebene beauftragten Stelle zur Verfügung gestellt wird, die die Daten an die Institution nach § 137a SGB V (AQUA) weiterleitet. Im Falle einer nicht erfolgten Weiterleitung der Daten wird der Unterausschuss Qualitätssicherung tätig.

Die Daten beim direkten Verfahren werden von allen Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat direkt an Institution nach § 137a SGB V (AQUA) weitergeleitet.

Die Sanktionen für nicht erfolgte Weiterleitung der Daten sind in beiden Fällen gleich [Zitat aus 153]:

„§ 7 Datenfluss beim direkten Verfahren:

(2) Soweit die Lieferung der Datensätze gemäß Absatz 1 in einer durch die Institution nach § 137a SGB V vorgegebenen angemessenen Frist nicht erfolgt, gelten die Datensätze als nicht dokumentiert und es greifen die Regelungen des § 24.“

In folgenden Paragraphen werden die Mechanismen der Datenvalidierung und statistischer Bewertung beschrieben, wobei besonders auf rechnerische Auffälligkeiten die außerhalb des vorgegebenen Referenzbereiches bei der Datenauswertung auftreten können geachtet wird.

Die Sanktion aufgrund der „Auffälligkeit“ wird im § 11 „Einleitung des Strukturierten Dialogs“ beschrieben [Zitat aus 153]:

„Ist ein Krankenhaus nach § 9 Abs. 5 oder § 10 auffällig, ist das Krankenhaus unter Beschreibung des Sachverhalts auf die Auffälligkeit hinzuweisen oder zur Stellungnahme innerhalb einer festzusetzenden angemessenen Frist aufzufordern. Bei selben oder ähnlichem Sachverhalt in aufeinander folgenden Jahren ist zumindest eine Stellungnahme anzufordern.“

Es wird den Krankenhäusern eine Stellungnahme abverlangt die umgehend einer Prüfung unterzogen wird. Verbleiben auch nach Berücksichtigung der Stellungnahme Zweifel, wird eine Besprechung (Absatz 2), eine Begehung (Absatz 3) oder eine Zielvereinbarung auf schriftlichem Weg veranlasst. Falls sich aus diesen Maßnahmen ausgehend keine Kooperation seitens der Krankenhäuser erkennen lässt werden die verantwortlichen Gremien die im §14 definiert sind tätig [Zitat aus 153]:

„(1) Für die Gesamtverantwortung der Verfahren und Maßnahmen nach den §§ 8 bis § 13 ist auf Landesebene ein verantwortliches Gremium (z.B. Lenkungsgremium) zu bestimmen. Auf Bundesebene trägt diese der Unterausschuss Qualitätssicherung.“

Im Abschnitt C werden die Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit der Bundes- und Landesebene beschrieben die von den verantwortlichen Gremien in den Bundesländern und der AQUA getragen werden, sowie die notwendigen Bestimmungen für Datenschutz und Schweigepflicht gesetzt (§ 19). Für die direkten Verfahren werden Fachgruppen bestehend aus Mitgliedern des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, der Privaten Krankenversicherung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer und des Deutsche Pflegerats (DPR) von der AQUA eingesetzt und dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA bekanntgegeben.

Ihre Aufgaben sind:

- Analyse des Handlungsbedarfes hinsichtlich der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung gemäß den Zielen der Qualitätssicherung nach § 2.
- Bewertung der Ergebnisse der Datenauswertungen und Ableitung notwendiger Maßnahmen.
- Auf Anforderung, jedoch mindestens einmal jährlich, schriftliche Berichterstattung, insbesondere über die Bewertungen der Datenauswertungen. Zum Zwecke weitergehender Erläuterungen kann ein Vertreter der Fachgruppe zu Sitzungen eingeladen werden.

Der Abschnitt D regelt die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen, die ausschließlich über die Leistungsvergütungen erfolgen, die in Form der Qualitätssicherungszuschlägen von den Krankenhäusern über einen Zuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall zusätzlich in Rechnung gestellt und von den Kostenträgern bezahlt werden. Der Zuschlag setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, für die jeweils gesonderte Beträge vereinbart werden:

- a) Zuschlagsanteil Krankenhaus (für die interne Dokumentation im Krankenhaus)
- b) Zuschlagsanteil Land (für die Aufwendungen auf Landesebene).

Das Krankenhaus behält von den erhaltenen Zuschlägen den vereinbarten Zuschlagsanteil Krankenhaus ein und führt den Zuschlagsanteil Land an die von der Landesebene beauftragte Stelle ab.

Die in den vorhergehenden Paragraphen beschriebenen Sanktionen werden im §24 festgelegt [Zitat aus 153]:

„§ 24 Qualitätssicherungsabschlüsse und Ausgleiche:

1. *Für nicht dokumentierte aber dokumentationspflichtige Datensätze sind vom Krankenhaus Qualitätssicherungsabschlüsse nach § 8 Abs. 4 KHEntgG i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu zahlen. Die Dokumentationsrate [dokumentierte Datensätze*

(Ist)/zu dokumentierende Datensätze (Soll)] wird über alle Leistungsbereiche für das ganze Krankenhaus berechnet. Bei einer Dokumentationsrate des Krankenhauses von unter 80 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 150,00 Euro festgelegt. Erfüllt ein Krankenhaus seine Pflicht zur Abgabe der Konformitätserklärung nach § 23 Abs. 2 nicht fristgerecht, ist es von der auf Landesebene beauftragten Stelle unter Setzung einer vierwöchigen Frist zu ermahnen. Sind die Pflichten auch nach Ablauf dieser zweiten Frist nicht erfüllt, ergeht ein Abschlag von 6000 €. Der Abschlag nach Satz 3 bleibt dadurch unberührt. Die Krankenhäuser sind auf die Möglichkeit von Abschlägen hinzuweisen.“

Das AQUA-Institut, als Institution nach § 137a SGB V, ist ab dem 01.01.2010 für die Verfahren für die externe Qualitätssicherung vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt. Dazu wurde seitens der AQUA im Rahmen des Projekts „Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen“ (SQG) ein Internetportal errichtet[<http://www.sgg.de/>]. Die SQG soll die bisher getrennten Qualitätssicherungen des ambulanten und des stationären Sektors zusammenführen, und damit die Qualitätsanforderungen beider Sektoren aufeinander abstimmen, um im Interesse von Patienten und Leistungserbringern eine bessere und effizientere Versorgungsqualität zu erreichen. Es werden auch Informationen zur Datenerfassung und Datenübermittlung für die Krankenhäuser und gesetzliche Grundlagen für Maßnahmen zur Qualitätssicherung bereitgestellt.

5.9.2 Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) [154] vom 18. Oktober 2005, wurde 2005 im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten.

Die Forderung dieser Richtlinie, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, gelten für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren. Der Aufwand für diese Maßnahmen die der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung dienen, soll, dem Gesetz nach, in einem angemessenen Verhältnis, insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle

Ausstattung stehen. Es wird von der Praxisleitung verlangt eine an konkreten Zielen ausgerichtete Praxis- und Kulturpolitik unter Beteiligung aller Praxismitarbeiter zu betreiben. Durch die Identifikation relevanter Abläufe, Objektivierung und Messung von Ergebnissen der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden.

Im Paragraph 3 (Grundelemente eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements) werden die Grundelemente eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in den Bereichen „Patientenversorgung“ und „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“ beschrieben [Zitat aus 154]:

1. im Bereich „Patientenversorgung“

- a. Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse,*
- b. Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und –Beratung,*
- c. Strukturierung von Behandlungsabläufen.*

2. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“

- a. Regelung von Verantwortlichkeiten,*
- b. Mitarbeiterorientierung (z. B. Arbeitsschutz, Fort- und Weiterbildung),*
- c. Praxismanagement (z. B. Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Flucht-plan),*
- d. Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement,*
- e. Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung,*
- f. Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement.*

Die Instrumente eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements werden im Paragraph 4 beschrieben [Zitat aus 154]:

- a. Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen,*
- b. Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen,*
- c. Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen,*
- d. Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten,*
- e. Beschwerdemanagement,*

- f. *Organigramm, Checklisten,*
- g. *Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen,*
- h. *Notfallmanagement,*
- i. *Dokumentation der Behandlungsverläufe und der Beratung,*
- j. *Qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere*
 - aa) *Dokumentation der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen,*
 - bb) *Dokumentation der systematischen Überprüfung der Zielerreichung (z. B. anhand von Indikatoren) und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen.*

Die Paragraphen 5 und 6 sind besonders wichtig da die einzelnen Phasen und Zeiträume für die Einführung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements hier beschreiben werden.

Innerhalb von vier Jahren nach der Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt wird vorgeschrieben ein einrichtungswirtschaftliches Qualitätsmanagement vollständig einzuführen und im Anschluss an die Selbstbewertung weiterzuentwickeln. Für die Vertragsärzte die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gelten nach dem In-Kraft-Treten dieser Richtlinie die gleichen Bedingungen.

Die Einführung gliedert sich in die Phasen „Planung“, „Umsetzung“ und „Überprüfung“.

Die Phase I „Planung“ dauert längstens zwei Jahren nach In-Kraft-Treten der Richtlinie und verpflichtet eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis hinsichtlich der Ziele und Inhalte des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements und die Festlegung von konkreten Zielen für den Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements vorzunehmen. Die Teilnahme an Fortbildungskursen zum einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement wird empfohlen, wobei in Praxen in denen mehrere Vertragsärzte tätig sind, ein für das einrichtungswirtschaftliche Qualitätsmanagement zuständiger Vertragsarzt benannt wird. Es wird auch empfohlen einen für das einrichtungswirtschaftliche Qualitätsmanagement zuständigen nicht-ärztlichen Mitarbeiter für Praxen in denen mehr als drei vollzeitbeschäftigte nicht-ärztliche Mitarbeiter tätig sind zu benennen.

Die Phase II „Umsetzung“ setzt auf die Phase I an und dauert auch zwei Jahre. Bis zum Ende dieses Zeitraums müssen alle Grundelemente (§ 3) unter Verwendung aller Instrumente (§ 4) eingeführt werden, wobei die Einführung in frei gewählter Reihenfolge schrittweise erfolgen kann.

Eine Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente auf der Grundlage von Nachweisen und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität ist in der Phase III „Überprüfung“, die längstens ein weiteres Jahr dauern soll, in Form von Patientenbefragungen sowie Auswertungen dokumentierter Beschwerden und erfasster Fehler vorzunehmen.

Zur anschließenden Phase der fortlaufenden Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gehört eine mindestens jährlich durchzuführende Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Grundelemente und Instrumente einschließlich der jeweiligen Zielerreichung.

Für die Bewertung der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§7) werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätsmanagement-Kommissionen mit mindestens drei Mitgliedern, von denen einer die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene vertreten soll, eingerichtet, wobei die Mitglieder eine besondere Qualifikation im Qualitätsmanagement besitzen müssen und zur Neutralität verpflichtet sind.

Die Bewertung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes, bei der die Besonderheiten der einzelnen Praxis zu berücksichtigen sind, erfolgt nach den inhaltlichen Vorgaben der Richtlinie auf der Grundlage der Darlegung nach § 8 (Darlegung).

Die Ergebnisse der einzelnen Bewertungen werden durch die Qualitätsmanagement-Kommission dokumentiert und durch die Kassenärztliche Vereinigung bis zum 30. April des Folgejahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt, die die Ergebnisse, gegliedert nach Fachgebieten, in einem Bericht zusammenfassend, bis zum 30. Juni des Folgejahres dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung stellt.

Die schriftliche Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, vor allem der Angaben zum zeitlichen Ablauf und der ergriffenen Maßnahmen, erfolgt jährlich an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dazu werden mindestens 2,5 % zufällig ausgewählte Vertragsärzte aufgefordert. Die Sanktionen für den Fall, dass ein Arzt die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nicht, oder unzureichend ausführt sind nicht vorgesehen [Zitat aus 154]:

„Falls die eingereichten Unterlagen für eine Bewertung nicht ausreichen, kann die Qualitätsmanagement-Kommission weitere Unterlagen von dem Vertragsarzt anfordern oder ihn auffordern, seine Maßnahmen zur Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements mündlich vor

der Kommission darzulegen. Kommt die Qualitätsmanagement-Kommission bei ihrer Bewertung mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass der nach § 6 vorgegebene Einführungs- und Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements noch nicht erreicht ist, berät sie den Vertragsarzt, wie der erforderliche Stand in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden kann.“

Nach Ablauf von fünf Jahren nach In-Kraft-Treten dieser Richtlinie, dem zu Folge im Jahr 2011, wird der Gemeinsame Bundesausschuss den Grad der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements im Sinne der Richtlinie, sowie die Wirksamkeit und den Nutzen des Qualitätsmanagements im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der zusammenfassenden Berichte überprüfen.

Auf der Grundlage der Bewertung der bis dahin vorhandenen Wirksamkeits- und Nutznachweise wird der Gemeinsame Bundesausschuss über die Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen und über die Notwendigkeit von Sanktionen für Vertragsärzte, die das einrichtungswirtschaftliche Qualitätsmanagement unzureichend einführen oder weiterentwickeln, entscheiden.

6 Europäische Union

Im Vertrag über die Europäische Union (Amtsblatt Nr. C 191 vom 29. Juli 1992) wird neben den wirtschaftlichen auch Gesundheit als gemeinsamer Tätigkeitsbereich der Gemeinschaft im Artikel 3 festgehalten [Zitat aus 121]:

„Die Tätigkeit der Gemeinschaft im Sinne des Artikels 2 umfasst nach Maßgabe dieses Vertrags und der darin vorgesehenen Zeitfolge[...]

o) einen Beitrag zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus;“

Im Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (Amtsblatt Nr. C 325 vom 24. Dezember 2002 S. 0100 – 0101) [168], werden die Ziele, Tätigkeiten und Zuständigkeiten der Gemeinschaft den Mitgliedsstaaten gegenüber, vor allem im Bereich der Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate definiert.

Aus diesem Vertrag ausgehend wird auch seitens der Gesetzgeber der Mitgliedsstaaten definiert [Zitat aus 173]:

“Aus dem Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union wird ersichtlich, dass gemäß dem Artikel 152 EG-Vertrag hat die Europäische Union keine Kompetenz, was die Organisation und zur Verfügung Stellung von Gesundheitsleistungen betrifft. Somit ist sie unter dem Titel „Öffentliche Gesundheit“ auch nicht für Qualitätsvorgaben im Bereich von Gesundheitseinrichtungen und -leistungen zuständig[...]So gibt es verbindliche EU-Normen hinsichtlich Qualitätsstandards für Arzneimittel, Medizinprodukte, Blut und Blutprodukte sowie bei der gegenseitigen Anerkennung von Berufsdiplomen für Gesundheitsberufe.“

Am 29. Juni 2010 hat der Ministerrat in Brüssel die EU-Richtlinie über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe verabschiedet. Mit dieser Richtlinie wird ein EU-weiter, einheitlicher Mindeststandard für die Spende und Charakterisierung sowie den Transport von Organen geschaffen. Die Frist für die Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht beträgt zwei Jahre [131].

6.1 Beziehungen der Schweiz zu Europäischen Union im Bereich Gesundheitswesen

Die Schweiz ist kein Mitgliedsstaat der Europäischen Union weshalb die Bereiche Gesundheit und Verbraucherschutz in den bestehenden bilateralen Abkommen I und II zwischen der Europäischen Gemeinschaft und der Schweiz nur punktuell geregelt wurden. Vorschriften zur Gesundheit, zur Lebensmittelsicherheit und zur allgemeinen Produktsicherheit finden sich im Abkommen über die Personenfreizügigkeit (Krankenversicherung und gegenseitige Anerkennung der Gesundheitsberufe-Diplome) und im Abkommen zu Schengen/Dublin (Bescheinigung für kranke Reisende, die auf Betäubungsmittel angewiesen sind). Der Bundesrat hat 2008 ein Mandat für Verhandlungen zu einem Gesundheitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU verabschiedet. Die entsprechenden Verhandlungen werden seit November 2008 geführt. Ziel eines möglichen Abkommens ist die Schweizer Teilnahme an zwei Risikobewertungsbehörden, drei Früh- und Schnellwarnsystemen und am EU-Gesundheitsprogramm.

Das Bundesamt für Gesundheit der Schweiz arbeitet bereits mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zusammen und hat Teilnahme am Frühwarn- und Reaktionssystem (EWRS) und am EU-Gesundheitsprogramm 2008-2013 [50].

7 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

7.1 Qualitätsmanagement in der Medizin

Erste Ansätze planmäßiger Qualitätssicherung in der Medizin stammten von Codman aus Boston. Dieser führte systematische Erfassungen von Wundinfektionen und Komplikationen sowie Nachuntersuchungen zur Evaluierung des Operationserfolges am Massachusetts General Hospital ein, die in jährlichen Krankenhausberichten publiziert wurden. Flexner legte unabhängig davon einen Bericht über die Zustände der "medical schools" vor [25,32]. Aus den Empfehlungen Flexners und Codmans und dem hierauf beruhenden Zertifizierungsprogramm für amerikanische Krankenhäuser entstand 1951 die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [105]. Zusätzlich bildeten die gemeinsamen Anstrengungen von Versicherungsträgern und Anbietern medizinischer Leistungen in den USA im Rahmen der "managed care"-Programme Ansätze zur gesteigerten Kosteneffizienz.

7.2 Begriffsbestimmungen

Trotz des täglichen Gebrauchs des Begriffs "Qualität" fehlt eine Definition, die auf alle Ebenen der Qualität anwendbar und als allgemeingültige Definition für die Beschreibung der Qualität universell einsetzbar wäre. Die Ableitung vom lateinischen "qualitas", zu übersetzen mit "Eigenschaft" oder "Beschaffenheit", lässt Raum für zahlreiche Interpretationen. Im Österreichischen Gesundheitsqualitätsgesetz [Zitat aus 56] ist die Qualität in folgender Weise beschrieben:

„ § 2. Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeuten die Begriffe: [..]

2."Qualität": Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.“

Diese Definition spiegelt sich in der Fassung der internationalen Norm EN ISO 9000:2005 wieder, die Qualität folgendermaßen definiert:

„Qualität ist der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale (festgelegte) Anforderungen erfüllt“ (EN ISO 9000:2005. 2005)

In der Nachlese zur 13. Diskussionsveranstaltung mit dem Thema „Qualität im Gesundheitswesen—definiert oder evaluiert?“ vom 27. September 2005 wird der Qualitätsaspekt im Gesundheitswesen aus einem anderem Blickwinkel beschrieben [Zitat aus 140]:

„Qualität ist grundsätzlich kein objektiver, sondern ein perspektivischer Begriff: Verschiedene Interessensgruppen definieren Qualität unterschiedlich. Ärzte haben einen anderen Qualitätsbegriff als Financiers oder Patienten.“

Grundlegend bei einer zeitgemäßen Definition des Qualitätsbegriffs ist die Beziehung von konkret gemessenen Merkmalen zu den vorher festgelegten Anforderungen, die ein Produkt erfüllen soll. Dabei kann es sich bei dem Produkt sowohl um ein gefertigtes Gut als auch um eine vollbrachte Dienstleistung handeln. Die auf Donabedian zurückgehende Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität [69,56] ist inzwischen allgemein etabliert:

- Strukturqualität wird bestimmt durch den Aufbau einer Organisation, die zur Verfügung stehenden Mittel, durch die Qualifikation der Mitarbeiter und durch bauliche und apparative Ausstattung. Auch Systemelemente wie z.B. Finanzierung oder externe Regulierung finden hier Verwendung.
- Prozessqualität umfasst den Umfang und Ablauf aller Maßnahmen, die eine Organisation ergreift, um ein Produkt oder eine Dienstleistung entsprechend der Anforderungen des Kunden herzustellen oder zu erbringen.
- Ergebnisqualität misst den Grad, in dem ein Produkt oder eine Dienstleistung Anforderungen erfüllt und stellt damit das wichtigste Kriterium zur Beurteilung der Qualität dar.

Häufig besteht Unklarheit bezüglich des Unterschiedes zwischen den Begriffen „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsmanagement“ die aus der Entwicklung des Qualitätsmanagements und der unterschiedlichen Begriffe in englischem und deutschem Sprachgebrauch liegen. Eine eindeutige Formulierung liegt im Rahmen der EN ISO 9000:2005 vor. Qualitätsmanagement umfasst demnach alle *"aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität"*, während Qualitätssicherung den *"Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden"* umfasst. Qualitätsmanagement im Krankenhaus oder ärztlicher Praxis beschreibt also alle Maßnahmen, die innerhalb einer Klinik bzw. Arztpraxen zur Anwendung kommen, um die Qualität der

vollbrachten Leistungen zu gewährleisten und im weiteren Verlauf ständig zu verbessern. Die Qualitätssicherung umfasst demgegenüber nur den Teil der Maßnahmen, der die Einhaltung von zuvor definierten Qualitätskriterien misst und gewährleistet.

Der im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement gebrauchte Begriff „Kunde“ wird im Gesundheitswesen nicht einer Person oder Gruppe eindeutig zugeordnet, obwohl der Kunde im Rahmen der EN ISO 9000:2005 definiert wird als „*Organisation oder Person, die ein Produkt (d.h. das Ergebnis eines Prozesses) empfängt*“. Die sehr umfassende Definition erlaubt die Anwendung des Begriffs Kunde auch im Gesundheitswesen. Die Kunden im Gesundheitswesen können also sein:

- Patienten
- Angehörige
- Zuweisende und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser
- Krankenkassen und andere Kostenträger
- Externe kooperierende Partner wie Labore etc.
- Interne Partner (z. B. die Verantwortlichen des nachgeschalteten Prozesses).

Im Rahmen des Qualitätsmanagements muss jede Einrichtung alle für sich relevanten Kunden definieren, deren Anforderungen ermitteln und die Einhaltung dieser Anforderungen im Rahmen der Qualitätssicherung überwachen, sofern diese realisierbar sind.

7.3 Historische Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten

Die ersten umfassenden Qualitätsmanagementmodelle für die Industrie wurden in den 1950er Jahren in Japan entwickelt. Entscheidende Prägung erhielten diese durch Deming, der dort Maßnahmen zur Qualitätssicherung initiierte. Allerdings wurde festgestellt, dass die alleinige Überprüfung, ob ein Produkt die Qualitätsforderungen erfüllt, nicht ausreichend ist. Deming entwickelte aus diesem Grund das Konzept des PDCA-Zyklus (plan – do – check – act), das erstmals geplante Qualitätsförderungsmaßnahmen vorsah: die Planung eines Prozesses bei Produktion oder Dienstleistung (plan), deren Umsetzung (do), die Überprüfung des erzielten

Ergebnisses (check) und die Korrektur des Prozesses (act), die dann wieder in die neue Planung mündet.

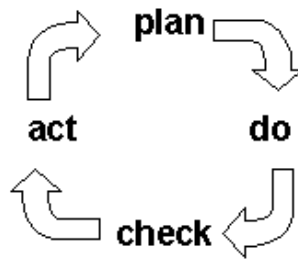


Abbildung 13: PDCA-Zyklus nach Deming

Insbesondere die japanische Industrie griff dieses Konzept auf, und erreichte durch die breite Einführung von Qualitätszirkeln große Fortschritte im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Erst in den 1970er Jahren setzten sich ähnliche Qualitätsmanagementkonzepte in den USA und in Europa durch. Zunehmende Verpflichtungen für Zulieferbetriebe der Rüstungs-, Automobil- und Luftfahrtindustrie ihre Produkte fehlerfrei zu liefern führten über die Normenorganisationen der europäischen Länder zur Entwicklung von nationalen Normen. 1987 erfolgte mit der Veröffentlichung der 9000er Normenreihe durch die International Organization for Standardization (ISO) in Genf die Herausgabe eines einheitlichen Regelwerks für Qualitätsmanagementsysteme. Mittlerweile sind umfassende Qualitätsmanagementsysteme bei einer Mehrheit der Großunternehmen etabliert, vielfach werden bei Ausschreibungen nur Zulieferer berücksichtigt, die ein Qualitätsmanagementsystem z.B. durch ein Zertifikat einer unabhängigen akkreditierten Organisation nachweisen können. Die etablierten Qualitätsmanagementkonzepte beruhen auf Darlegungsnormen, Fragenkatalogen, Selbstbewertungen oder der Vergabe von Qualitätspreisen. Je nach Konzept existiert die Möglichkeit einer freiwilligen Zertifizierung durch eine unabhängige, bei einer entsprechenden Aufsichtsbehörde akkreditierte nationale oder internationale Organisation.

Die Begriffe Akkreditierung und Zertifizierung werden dabei im europäischen und im angelsächsischen Bereich nicht übereinstimmend gebraucht. Nach dem Verständnis der ISO-Normen handelt es sich bei einer Zertifizierung um die organisatorische Bewertung einer Einrichtung anhand der Übereinstimmung mit Normen durch neutrale Gutachter. Diese

Gutachter müssen im Falle der Anwendung der ISO-Normen wiederum bei einer unabhängigen Organisation akkreditiert sein. Das Ergebnis der Begutachtung besteht dann in der Erteilung oder der Verweigerung eines Zertifikates. Im angelsächsischen Verständnis dagegen ist mit der Akkreditierung die organisatorische Bewertung anhand der Übereinstimmung mit Standards durch professionelle Gutachter bzw. Experten gemeint. Im Folgenden wird das europäische Verständnis von „Zertifizierung“ zugrunde gelegt.

In diesem Abschnitt sollen schwerpunktmäßig die in deutschsprachigen Ländern verbreiteten Qualitätsmanagementkonzepte im Gesundheitswesen und ihre externe Zertifizierbarkeit dargestellt werden.

7.4 Qualitätsmanagementsysteme nach International Organization for Standardization (ISO)

7.4.1 EN ISO 9000ff:1994

Die 1987 erstmals erschienen Normen der ISO 9000er Normenreihe beinhalteten sowohl Leitlinien für das Qualitätsmanagement und die erforderlichen Qualitätselemente als auch die Darlegungsnormen für Qualitätsmanagementsysteme. Die meisten ISO-Mitgliedsländer übernahmen diese Normen in ihr nationales Normenwerk, für die Bundesrepublik Deutschland, Österreich und die Schweiz geschah dies 1990. Eine Zertifizierung erfolgte durch akkreditierte unabhängige Organisationen nach einem Audit des gesamten Qualitätsmanagementsystems und der Prüfung der Qualitätsdokumentation, des Qualitätsmanagementhandbuchs. Dieses Zertifikat war für drei Jahre gültig; jährlich war jedoch ein Überwachungsaudit zur Kontrolle der kontinuierlichen Einhaltung der Normkriterien durch die zertifizierende Organisation erforderlich. Nach drei Jahren musste eine Rezertifizierung mit vollständiger erneuter Prüfung erfolgen. Mit der Revision der EN ISO 9000ff war eine Zertifizierung nach der 1994er Fassung nicht mehr möglich, das bedeutete dass alle bislang so zertifizierten Einrichtungen nach Ablauf der Gültigkeit ihres Zertifikates die Anforderungen der neuen EN ISO 9001:2000 berücksichtigen müssen.

Für Unternehmen, die Medizinprodukte herstellen, galt mit der EN ISO 13485:2000 eine zusätzliche Norm, die spezielle Anforderungen für Qualitätsmanagementsysteme unter Einschluss der Grundsätze des Good Manufacturing Practice (GMP) umfasste. Für die klinische Prüfung von Medizinprodukten galt ergänzend die ISO 14155. Die Voraussetzung für beide Normen war ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach EN ISO 9001.

7.4.2 EN ISO 9000ff:2000

Ende der 1990er Jahre wurde die EN ISO 9000ff:1994 einer umfassenden Revision unterzogen, um eine Anpassung an die anderen Wirtschaftszweige und nicht nur Industrie zu vollziehen. Im Rahmen dieser Revision wurden mehrere Normen die im Zusammenhang mit Qualitätsmanagementbelangen stehen zusammengefasst. Die vorher getrennt geführte EN ISO 8402:1995, die Begriffe des Qualitätsmanagements definiert, wurde in die EN ISO 9000:2000 integriert. Die Aufsplitterung in verschiedene Normen (9001 bis 9003) für unterschiedliche Ausdehnungen des Qualitätsmanagements wurde aufgegeben, stattdessen wurde die Möglichkeit geschaffen, bestimmte nicht zutreffende Bereiche im Sinne begründet auszuschließen, diese Ausschlüsse müssen sich jedoch auf Belange der Produktrealisierung beschränken. Der Ansatz war prozessorientiert, d.h. es wurden alle Bereiche des Qualitätsmanagements von den für eine Einrichtung relevanten Schlüsselprozessen ausgehend betrachtet. Maßgeblich für die Durchführung dieser Schlüsselprozesse waren dabei die Berücksichtigung der Anforderungen der Kunden sowie die Erfassung der Kundenzufriedenheit. In einer schematischen Darstellung der revidierten Norm spiegelt sich der PDCA-Zyklus wieder.

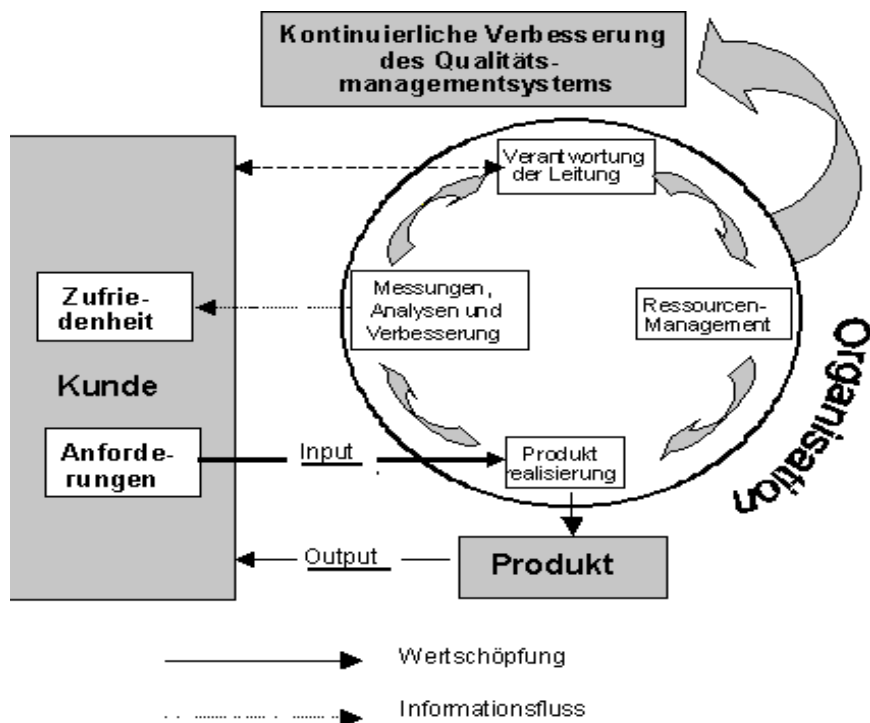


Abbildung 14: Schema eines prozessorientierten Qualitätsmanagements nach EN ISO 9000ff:2000

Zentraler Punkt der revidierten Norm war die Verantwortung der obersten Leitung des jeweiligen Geltungsbereichs eines Qualitätsmanagementsystems, deren Aufgabe war, die für die Durchführung eines Prozesses nötigen Ressourcen zu ermitteln und zur Verfügung zu stellen.

Neu in der Norm war die Forderung, dass neben der Formulierung einer Qualitätspolitik konkrete Qualitätsziele von der Leitung benannt und auf ihre Einhaltung überwacht werden müssen. Statt der Verfahrensanweisungen zur Sicherstellung der 20 Elemente der EN ISO 9001:1994 waren in der revidierten EN ISO 9001:2000 nur noch 6 Verfahrensanweisungen als sogenannte „dokumentierte Verfahren“ zwingend vorgeschrieben. Auch nach der Revision der EN ISO 9000ff erfolgte eine Zertifizierung durch eine unabhängige Organisationen nach einem Systemaudit und der Prüfung der Qualitätsdokumentation mit einer Gültigkeit von drei Jahren mit der Verpflichtung eines jährliches Überwachungsaudit.

Die ISO 9000:2000 wurde im Jahr 2005 überarbeitet, um einheitliche Begriffsdefinitionen für die Normen ISO 9001:2000 und ISO 19011:2002 erweitert und als ISO 9000:2005 im Dezember 2005 veröffentlicht. Die aktuelle Version EN ISO 9001:2008 Qualitätsmanagementsysteme-Anforderungen [9] wurde 2008 veröffentlicht, wobei sie nur in zwei Punkten (7.1 Planung der Produktrealisierung und 8.1 Allgemeines) Abweichungen von der ISO 9000:2000 aufweist, jedoch das Wesentliche in der Einleitung definiert [Zitat aus 9]:

„Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems sollte eine strategische Entscheidung einer Organisation sein. Gestaltung und Verwirklichung des Qualitätmanagementsystems einer Organisation werden beeinflusst durch:

- a) das Umfeld der Organisation, Änderung in diesem Umfeld und im Umfeld verbundenen Risiken,*
- b) sich verändernde Erfordernisse,*
- c) besondere Ziele der Organisation,*
- d) ihre bereitgestellten Produkte,*
- e) ihre angewendeten Prozesse,*
- f) ihre Größe und Struktur.*

Es ist nicht die Absicht dieser internationalen Norm zu unterstellen, dass Qualitätsmanagementsysteme einheitlich strukturiert oder einheitlich dokumentiert sein müssen.“

7.5 Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®)

Aufgrund der bevorstehenden Änderung des Sozialgesetzbuches V und der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung trafen der Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer 1999 eine "Vereinbarung zur Erarbeitung eines Zertifizierungsverfahrens von Krankenhäusern"[72]. Hieraus wurde die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) entwickelt. Ausgehend aus dem Projekt an dem sich schon 1997 25 Krankenhäuser beteiligten wurde 2001 KTQ GmbH gegründet. Das Verfahren basiert auf dem Akkreditierungsverfahren der Joint Commision International unter Verwendung des PDCA-Zyklus nach Deming. Es handelt sich hierbei um ein Zertifizierungsverfahren der vorwiegend für Krankenhäuser entwickelt wurde, inzwischen aber die Möglichkeit einer Zertifizierung auch für niedergelassene Praxen und MVZ, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnformen bietet [117].



Abbildung 15: Geschäftsbereich und Struktur der KTQ GmbH [114]

Die Schritte des KTQ-Bewertungsverfahrens sind:

- 1) Selbstbewertung des Krankenhauses
- 2) Anmeldung zur Fremdbewertung bei einer der KTQ-Zertifizierungsstellen
- 3) Fremdbewertung durch ein KTQ-Visitorenteam
- 4) Zertifizierung und Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichts

Die Selbstbewertung wird von der Einrichtung die sich zertifizieren lassen möchte eigenständig vorgenommen. Alle notwendigen Schritte sind im KTQ-Manual erläutert, in dem auch der KTQ-Katalog mit allen zu bearbeitenden Fragen zu den Leistungen, Prozessabläufen und zum Qualitätsmanagement enthalten ist. Anhand des Katalogs werden in der Selbstbewertung die Bereiche Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informationswesen, Führung und Qualitätsmanagement laut den KTQ-Kategorien beurteilt.

Der KTQ-Katalog gliedert die Kriterien zur Qualitätssicherung in sechs Kategorien, 25 Subkategorien und 72 Kriterien, die wiederum in 25 Kernkriterien und 47 Kriterien unterteilt und bei der Beurteilung unterschiedlich gewichtet werden [11,145].

Durch den Vergleich der Ist-Analyse mit den Fragen des KTQ-Kataloges wird die Chance auf den Erhalt des KTQ-Zertifikats erkennbar, wodurch die Verantwortlichen entschieden können, ob sie die KTQ-Zertifizierung, für die ein Selbstbewertungsbericht zu erstellen ist, beantragen oder Projekte zur Verbesserung der Prozessabläufe durchführen wollen.

Nach der Beantragung der Zertifizierung bei der KTQ GmbH werden Visitationen von einem Team, der laut dem Katalog je nach Einrichtung aus ausgewählten Mitgliedern besteht durchgeführt (Abb. 16).

Krankenhaus	Niedergelassener Bereich (Praxen & MVZ)	Rehabilitation	Pflege, Hospize, alternative Wohnformen
Ärztlicher & Ökonomischer & Pflegerischer Visitor	Ärztlicher Visitor oder MTA, oder Medizinische Fachangestellte	Ärztlicher Visitor sowie ein Visitor aus den Bereichen: - Psychologie/ Psychotherapie - Physiotherapie - Ergotherapie	Pflegerischer & Ökonomischer Visitor

Abbildung 16: Zusammensetzung des KTQ-Visitorenteam [114]

Die Bewertung der Kriterien erfolgt nach dem Punktesystem. Falls die Organisation die vorgeschriebene Punktezahl laut dem KTQ-Katalog erreicht, wird der Zertifikat mit einer Gültigkeit von drei Jahren verliehen und der KTQ-Qualitätsbericht von den zertifizierten Einrichtungen und von der KTQ veröffentlicht.

Die Quality Austria ist seit Oktober 2006 als erste österreichische Zertifizierungsstelle von der KTQ akkreditiert.

7.6 proCum Cert

Die proCum Cert GmbH (pCC) ist eine Zertifizierungsgesellschaft in konfessioneller Trägerschaft mit Sitz in Frankfurt/Main, die 1998 auf Initiative des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands, des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes und ihren Wohlfahrtsverbänden Caritas und Diakonie sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia gegründet wurde. Seit 2001 ist die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) als Gesellschafter an der proCum Cert GmbH beteiligt. Das Zertifizierungsverfahren proCum Cert hat als Basis den KTQ-Katalog mit der Erweiterung um ein kirchliches Leitbild der neben den KTQ-Qualitätskriterien auch folgende Bereiche enthält:

- Trägerverantwortung
- Sozialkompetenz im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern
- Spiritualität
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

Mittlerweile bietet die proCum Cert GmbH auch Zertifizierungen für die DIN ISO 9001 und Zertifizierungen für eine Reihe konfessioneller Einrichtungen [134] in Deutschland und Österreich.

7.7 European Foundation for Quality Management (EFQM)

Die European Foundation for Quality Management (EFQM) [71] ist eine gemeinnützige Organisation, die 1988 in Brüssel durch den Zusammenschluss von 14 führenden europäischen Unternehmen als Reaktion auf die Tradition internationaler Qualitätspreise in Japan (Deming Preis 1951) und den USA (Malcom Baldrige National Quality Award 1987) entstand. Ziel war es, zur Erreichung einer Business Excellence ein Instrument zu schaffen,

mit dem man Businessqualität messen, bewerten und sich bei der Anwendung des Instruments gegenseitig helfen kann [11].

Die EFQM kooperiert in Partnerschaften mit verwandten nationalen Organisationen. Heute zählt das Netzwerk mehrere tausend Mitglieder weltweit und mehr als 700 Firmenmitgliedern in Europa. Als Eigentümer des Excellence-Modells verleiht die EFQM die internationale Auszeichnung für herausragende Leistungen, den EFQM Excellence Award (EEA).

Das Qualitätsmanagementkonzept der EFQM, EFQM Excellence Modell, basiert auf dem Ansatz für Total Quality Management (TQM) der alle Bereiche einer Organisation abdeckt. EFQM Excellence Modell besteht aus folgenden Teilen: Grundkonzepte der Excellence, EFQM-Modell für Excellence und RADAR-Logik. Dabei fließen neben Aspekten der Kunden- und Mitarbeiterorientierung sowie einem Schwerpunkt auf die relevanten Prozesse auch die erreichten Ergebnisse gleichrangig auf allen Ebenen ein. Die Grundkonzepte der Excellence mit acht Erfolgsfaktoren beschreiben allgemeingültig die Wertekultur exzellenter Unternehmen und Organisationen und sind in der Abbildung 17 dargestellt.

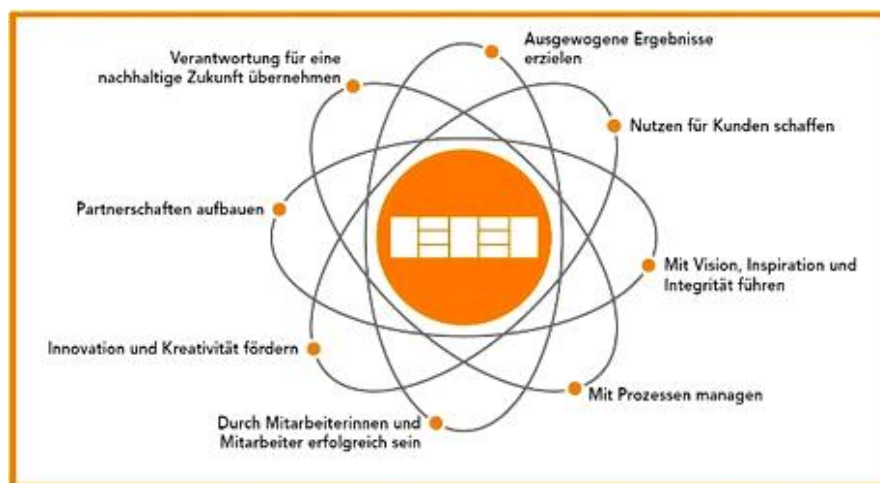


Abbildung 17: Grundkonzepte der Excellence mit acht Erfolgsfaktoren [71]

Die Grundlage des EFQM-Modells stellt eine Selbstbewertung auf der Basis mehrerer Kriterien dar. Auf europäischer Ebene existiert seit 2001 ein einheitliches Anerkennungsprogramm der EFQM, die „Levels of Excellence“. Dieses wurde entwickelt, um einzelne Schritte zu unternehmerischer Excellence, vor bzw. unabhängig von der Bewerbung um den EFQM Excellence Award (EEA) oder um einen nationalen Qualitätspreis, in klar definierten Stufen anzuerkennen. Für Organisationen besteht die Möglichkeit, bei Erfüllung bestimmter Erfordernisse, in Abhängigkeit ihres festgestellten Reifegrades, die

internationale Anerkennung Committed for Excellence oder Recognised to Excellence von der EFQM zu erhalten.

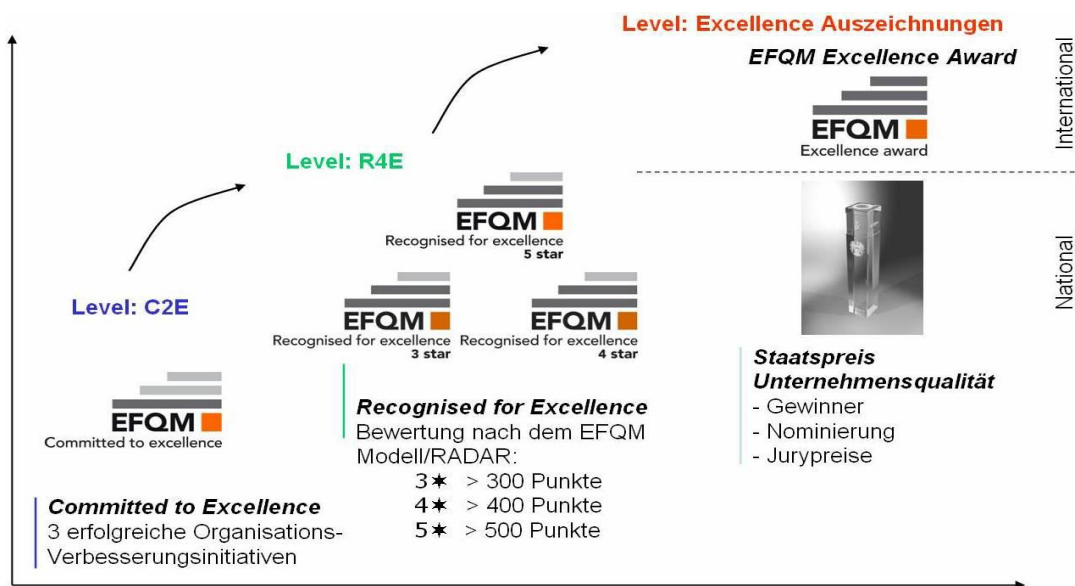


Abbildung 18: Levels of Excellence [71]

7.7.1 Committed to Excellence

Um die Anerkennung Committed to Excellence zu erhalten, muss beim Bewerber festgestellt werden, dass mindestens drei aus einer Selbstbewertung nach den 9 Kriterien des EFQM Excellence Modells abgeleitete Maßnahmen erfolgreich durchgeführt wurden. Dabei werden die einzelnen Kriterien in Subkriterien zerlegt, die dann jeweils vor dem Hintergrund des PDCA-Zyklus bewertet und nach einem System, der RADAR Logik, mit Punkten bewertet werden.

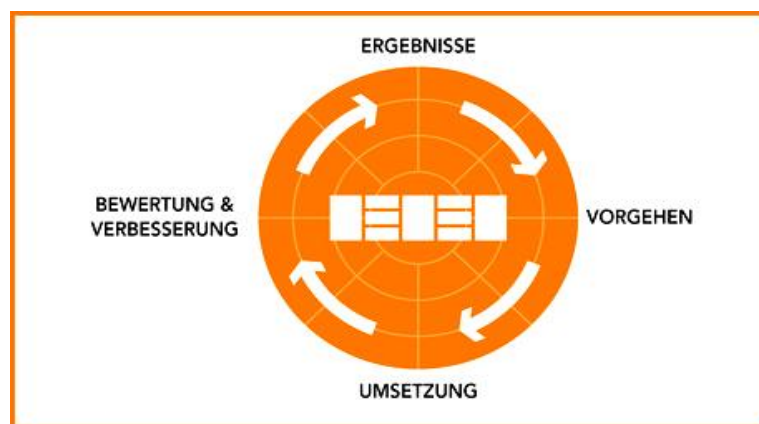


Abbildung 19: Radarlogik im PDCA-Zyklus [71]

Dazu wird in einem Besuch vor Ort durch einen Validator festgestellt, inwieweit der Maßnahmenplan entsprechend der RADAR-Logik festgelegt und umgesetzt wurde. RADAR steht für: Results (Ergebnisse), Approach (Herangehensweise, Vorgehensweise), Deployment (Umsetzung), Assessment (Bewertung), Review (Nachprüfung). Maximal ist eine Punktzahl von 1.000 möglich.

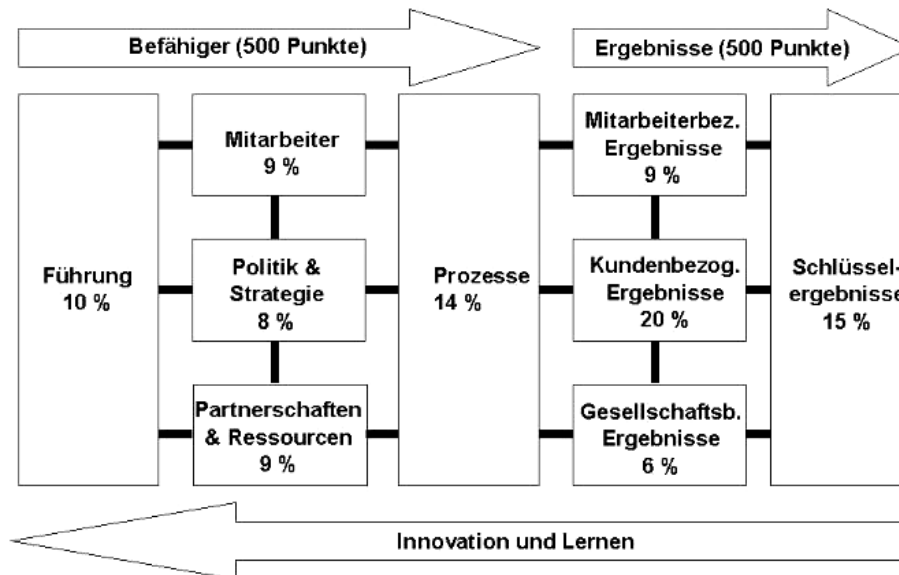


Abbildung 20: Kriterien zur Selbstbewertung nach EFQM-Modell [71]

In der Befähiger-Matrix werden die Ergebnisse für Vorgehensweisen zu den 5 Befähiger-Kriterien erfasst: Führung; Strategie; Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; Partnerschaften und Ressourcen; Prozesse, Produkte und Dienstleistungen. Jedes der Teilkriterien der Befähiger-Kriterien wird hinsichtlich der Stärken und Verbesserungspotenziale in Bezug auf Vorgehen, Umsetzung und Bewertung und Verbesserung beurteilt und bewertet. Die Bewertung der Teilkriterien der Ergebnis-Kriterien erfolgt anhand von Relevanz, Nutzen und konkreten Leistungen der dargestellten Ergebnisse.

Erfüllt der Bewerber die geforderten Kriterien, wird ihm die Anerkennung „Committed to Excellence“ der EFQM und der zuständigen nationalen Organisation verliehen. Die Urkunde hat eine Gültigkeit von zwei Jahren und darf zu Werbezwecken benutzt werden. Die so selbstbewerteten Einrichtungen können sich bei der EFQM für den European Quality Award (EQA,) bewerben. Die Auszeichnungen werden nach einer von der European Organization for Quality (EOQ) durchgeführter Fremdbewertung anhand der oben genannten Kriterien in folgenden Kategorien vergeben:

- Großunternehmen (mehr als 250 Mitarbeiter)
- Unternehmensbereiche und Tochterunternehmen mit begrenzter Eigenständigkeit
- Kleine und Mittlere Unternehmen (bis zu 250 Mitarbeiter)
- Non-Profit Organisationen

7.7.2 Recognised for Excellence

Die Stufe "Recognised for Excellence" zeichnet Organisationen oder Organisationseinheiten aus, die auf Grund der Umsetzung der Prinzipien des EFQM Excellence Modells bereits ein definiertes Mindestniveau erreicht haben. Die Bewertung basiert auf dem EFQM Excellence Modell mit allen Teilkriterien. Die Bewerber, die nach dem Besuch des Assessorenteams mehr als 300 (3*), 400 (4*) oder 500 (5*) Punkte nach der RADAR-Bewertung erreichen, erhalten die Urkunde „Recognised for Excellence“ von der EFQM und der zuständigen nationalen Organisation. Die Urkunde hat auch eine Gültigkeit von zwei Jahren und darf zu Werbezwecken benutzt werden.

7.7.3 EFQM Excellence Award (EEA)

Nach erfolgreicher Anerkennung von Recognised for Excellence 5* oder erfolgreicher Bewerbung um den Staatspreis Unternehmensqualität wird Organisationen empfohlen, sich um den europäischen Qualitätspreis, den EFQM Excellence Award, zu bewerben, der jährlich von der EFQM vergeben wird.

Die Swiss Association for Quality (SAQ) als nationale Vertretung der EFQM in der Schweiz und in Liechtenstein verleiht den nationalen Preis ESPRIX (Swiss Excellence Award). In Österreich wird der Staatspreis Unternehmensqualität seit 1996 von der Austrian Foundation for Quality Management (AFQM) [146] in Kooperation mit dem Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend als Auszeichnung für exzellentes Arbeiten und konsequente Weiterentwicklung an österreichische Unternehmen im Profit- und Non-Profit-Bereich vergeben. In Deutschland verleiht die Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ) im Bereich von Excellence Awards als nationaler Partner der EFQM den Ludwig-Erhard-Preis.

Die Unternehmen die den Status Committed to Excellence und Recognised for Excellence erhalten werden in dem „Recognition Book“, das für das jeweilige Jahr veröffentlicht wird, namentlich aufgelistet [148,149].

Mittlerweile ist das neue EFQM Excellence Modell 2010 [71] für die Bewertung und den Wettbewerb gültig der eine größere Gewichtung der gesellschaftsbezogenen Ergebnisse mit 100 Punkten, statt der bisherigen 60, vorsieht. Im Allgemeinen ist eine Verschiebung der Punkteanzahl von den Kriterien für Prozesse, Produkte und Dienstleistungen zugunsten der personellen Ressourcen (Mitarbeiter, Partnerschaften) zu beobachten.

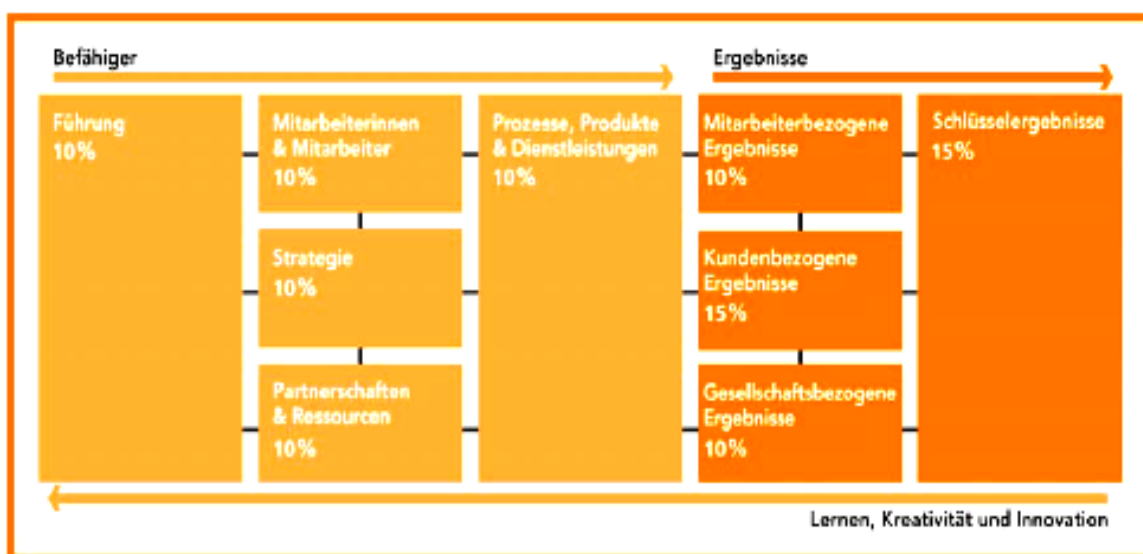


Abbildung 21: EFQM Excellence Modell 2010 [71]

7.8 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) betreibt seit 1998 als internationalen Zweig über ihre Tochtergesellschaft Joint Commission International (JCI) ein „akkreditierungsverfahren“ welches weltweit große Verbreitung findet. Sie ging hervor aus den Empfehlungen Flexners und Codmans Anfang der 1950er Jahre zur Revision des amerikanischen Gesundheitswesens und fungiert jetzt als private, gemeinnützige Organisation mit Sitz in Chicago zur Beratung und Bewertung von amerikanischen Krankenhäusern von denen mittlerweile über 18.000 zertifiziert wurden [11,104].

Unter Verwendung spezieller Handbücher [103] können neben ambulanten und stationären Pflegediensten, Apotheken, pathologischen Instituten und Laboratorien nur ganze Krankenhäuser als Einheit zertifiziert werden. Dabei liegt der Schwerpunkt der JCI auf Standards, anhand derer nicht untersucht wird, was eine Einrichtung an Qualität der Betreuung und der Dienstleistungen leisten kann, sondern was sie tatsächlich leistet [11].

Es gibt mehr als 500 Standards, die in zwei Teile und insgesamt elf Kapitel untergliedert sind [102]:

1) Patientenorientierte Standards

- Zugang zur und Kontinuität der Behandlung
- Rechte der Patienten und deren Angehörigen
- Untersuchung der Patienten
- Behandlung der Patienten
- Aufklärung und Belehrung der Patienten und deren Angehörigen

2) Organisationsbezogene Standards

- Qualitätsmanagementverbesserung und Patientensicherheit
- Prävention und Überwachung der Infektionen
- Steuerung, Führung und Leitung
- Management der Anlage und die Sicherheit
- Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung
- Informationsmanagement

Für alle Standards sind messbare Elemente (insgesamt 1006) formuliert, anhand derer die Einhaltung der Standards überprüft werden. Es wird für die Akkreditierung in unbedingt einzuhaltende Standards und andere Standards unterschieden. Eine Akkreditierung ist nur dann erfolgreich, wenn alle wesentlichen Standards mindestens zur Hälfte erfüllt sind, bei diesen Standards keine zwei messbaren Elemente unerfüllt sind und insgesamt mehr als 50 Prozent der anderen Standards eingehalten werden [44].

Hierbei werden für jeden Standard das Grundprinzip der Funktionen, das funktionale Ziel, die erforderlichen Prozesse sowie die Schlüsselvariablen genannt. Im Prüfungsprozess durch die

JCI muss die Organisation dann nachweisen, inwieweit es Anspruch und Ziel der Standards erfüllt. Diese Prüfung erfolgt vor Ort durch ein interdisziplinäres Team, das aus je einem Mitarbeiter der Verwaltung, einem Arzt und einer Pflegekraft besteht. Je nach Übereinstimmung mit den Standards der JCI wird ein abgestuftes Zertifikat vergeben.

- 1) wesentliche Übereinstimmung
- 2) signifikante Übereinstimmung
- 3) teilweise Übereinstimmung
- 4) minimale Übereinstimmung
- 5) keine Übereinstimmung

Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von drei Jahren, die aber vorzeitig aberkannt werden kann.

Ausgehend von den Standards der JCAHO erfolgte 1958 in Kanada die Gründung des unabhängigen Canadian Council of Health Service Accreditation und in Anlehnung an diesen 1974 die Gründung des Australian Council on Healthcare Standards.

8 Ergebnisse

8.1 Qualitätsmanagement im österreichischem Gesundheitswesen

Die gesetzliche Grundlage für Qualitätsmanagement im österreichischen Gesundheitswesen ist schon seit November 1993 durch das 801. Bundesgesetz: Änderung des Krankenanstaltengesetzes [51] gegeben. Mit der Gesundheitsreform 2005 wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für Entwicklung und Umsetzung bundeseinheitlicher Vorgaben für die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Erbringung von Gesundheitsleistungen geschaffen. Durch die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG und den Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) wird der Bund bei seinen Kompetenzen und Möglichkeiten in der Umsetzung der Qualitätsvorgaben an die Leistungserbringer im stationärem Bereich, eingeschränkt.

Es gibt kein „nationales“ Qualitätsmanagementmodell, wie z.B. KTQ in Deutschland, für das Gesundheitswesen. Die Einrichtungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) wenden ein QM-System der intern entwickelt wurde an, wobei es keine Prüfung oder Zertifizierung durch externe Begutachter gibt. Im österreichischen Gesundheitswesen werden vor allem die vorhandenen internationalen Qualitätsmanagementsysteme angewendet, wobei die Wahl des Systems im stationären Bereich meistens von der zuständigen Trägergesellschaft getroffen wird.

Es bleibt also den Leistungserbringern, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, seitens des Gesetzgebers überlassen welches Qualitätsmanagementsystem sie anwenden wollen. Im Folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Internetrecherche über die Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit, und im Anschluss darauf die Ergebnisse der Suche über die Webseiten der nationalen und internationalen Zertifizierungsgesellschaften präsentiert.

8.1.1 Qualitätsmanagement im stationären Bereich

Die Beschreibung der verwendeten und Umgesetzten Qualitätsmanagementsysteme wird an dieser Stelle nach den Bundesländern beschrieben, wobei hier die Krankenanstalten die kein Qualitätsmanagementsystem anwenden nicht namentlich erwähnt werden. Es werden im Einzelnen die Zertifizierungen und die Qualitätsstrategien der Träger anhand der Ergebnisse der Recherche für das jeweilige Bundesland, sowie die gefundenen Zertifikatnachweise seitens der Zertifizierungsgesellschaften dargestellt.

8.1.1.1 Qualitätsmanagementsysteme in öffentlichen Akutkrankenanstalten

Die folgende Tabelle zeigt die angewendeten Qualitätsmanagementsysteme in 143 gemeinnützigen Akutkrankenanstalten.

Bundesland	ges.	ISO9001		EFQM		KTQ		JCI		pCC+KTQ		AUVA	kein QMS
		z.KA	n.z.KA	CtE	Sb	z.KA	n.z.KA	z.KA	n.z.KA	z.KA	n.z.KA	n.z.KA	
Burgenland	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Kärnten	12	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	8
Niederösterreich	21	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	16
Oberösterreich	19	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	14
Salzburg	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	10
Steiermark	28	0	0	0	20	1	0	1	0	0	0	1	5
Tirol	11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Vorarlberg	9	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8
Wien	26	1	0	0	1	0	0	0	0	3	0	2	19
<i>Summe</i>	<i>143</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>24</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>6</i>	<i>95</i>
Zertifiziert	16	2	0	3	0	3	0	2	0	6	0	0	0

Tabelle 4 Angewendete Qualitätsmanagementsysteme in öffentlichen Akutkrankenanstalten nach Bundesländern

z.KA	zertifizierte Krankenanstalten
n.z.KA	nicht zertifizierte Krankenanstalten
CtE	Committed to Excellence nach EFQM
Sb	Selbstbewertung nach EFQM
AUVA	Qualitätsmanagementsystem der AUVA
kein QMS	kein Qualitätsmanagementsystem

Die Ergebnisse aus der Internetrecherche über Qualitätsmanagementsysteme in einzelnen Krankenhäusern wurden nach den angewendeten QM-Systemen für jedes Bundesland zusammengefasst. Dabei wurde unterteilt zwischen den zertifizierten (z.KA) und nicht zertifizierten (n.z.KA) Akutkrankenanstalten. Bei dem Qualitätsmanagementsystem der EFQM werden keine Zertifikate ausgestellt, sondern entweder eine Selbstbewertung (Sb) oder eine Begutachtung durch einen Validator durchgeführt um den Status „Committed to Excellence“ (CtE) zu erhalten, der einem Zertifikat gleich zu stellen ist. Es wurde in der

vorletzten Spalte die Anzahl der Einrichtungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) die ein eigenes Qualitätsmanagementsystem entwickelt und umgesetzt haben nach dem jeweiligen Bundesland eingetragen. Die letzte Spalte beinhaltet die Anzahl der Akutkrankenanstalten die kein Qualitätsmanagementsystem (kein QMS) anwenden. Als Ergebnis der Recherche wird das QM-System der AUVA in diesem Kapitel noch näher beschrieben.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Anzahl der Einrichtungen die ein Qualitätsmanagementsystem anwenden gering ist. In der Summe gezählt verwenden gerade 48 Akutkrankenanstalten ein QM-System, wobei nur 16 durch eine externe Begutachtung zertifiziert wurden, bzw. einen Status „Committed to Excellence“ erhalten haben.

Im Laufe der Recherche wurde aber ersichtlich, dass die gesetzlichen Vorgaben vom Bund der die entsprechende Richtlinien und Normen der Europäischen Union vor allem im Bereich des Umgangs mit menschlichen Gewebe und Blut, eine Bewegung der Akutkrankenanstalten verursacht haben die sich in der vermehrten Zertifizierungen der einzelnen Abteilungen nach ISO-Normen, vor allem Labore und Abteilungen für Bildgebende Diagnostik, erkennbar macht.

8.1.2 Qualitätsmanagementsystem der AUVA

Qualitätsmanagement in den Einrichtungen der AUVA [143] basiert auf der Orientierung an den Patienten, den Mitarbeitern und der Organisation. Ende 1995 wurde in den Einrichtungen der AUVA mit der Qualitätsarbeit auf Basis von Qualitätszirkeln unter Verwendung des PDCA-Zyklus der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems begonnen. Aufgrund der Ergebnisse dieser Qualitätszirkel wurden gemeinsame Standards in Form von Qualitätsanforderungen entwickelt. Diese Strategie setzte sich in der Bearbeitung der Qualitätsanforderungen, im Fehlermanagement und bei der Einführung des KTQ QM-Modells im Unfallkrankenhaus Kalwang fort. Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden die Aspekte der Evidenz basierter Medizin, der Leitlinien und Behandlungspfaden, den gemeinsamen Qualitätsindikatoren, des Prozessmanagements auf Basis EDV-gestützter Lösungen und die laufende Weiterbildung in die Methodik des Qualitätsmanagements eingeführt. Die für alle Einrichtungen, mit geringen Unterschieden zwischen den sechs Unfallkrankenhäusern und der vier Rehabilitationszentren, geltenden Qualitätsanforderungen

sind im QM-Handbuch der AUVA enthalten. Die jährlichen Qualitätsberichte enthalten die Ergebnisse und den Fortschritt des QM-Systems der AUVA.

8.1.3 Qualitätsmanagementsysteme in den Bundesländern

8.1.3.1 Burgenland

Ausschlaggebend für die Umsetzung der QM-Systeme in den Akutkrankenanstalten ist die hausinterne Qualitätspolitik oder die Ausrichtung ihrer Träger. Im Burgenland war keine Qualitätsstrategie eruiert, die eine Einführung der QM-Systeme in den Krankenanstalten seitens der Burgenländische Krankenanstalten GmbH (KRAGES) [59] vorsieht. Im AKH Oberwart wurde zwar zur Verstärkung der Qualitätskommission eine Stelle für den Qualitätsmanager ausgeschrieben, wobei in der Ausschreibung von den Bewerbern als Vorzug ein abgeschlossenes Medizinstudium („Ius practicandi“) ohne Vorkenntnisse über Qualitätsmanagement gefordert wird [168].

8.1.3.2 Kärnten

In Kärnten war eine Ausrichtung der Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft des Landes Kärntens- KABEG [106] für ein bestimmtes QM-System im Zuge der Recherche nicht erkennbar. Das LKH Klagenfurt ist seit 2008 nach der Norm ISO 9001:2008 als ganze Einrichtung zertifiziert worden. Das LKH Laas ist am 23. April 2010 nach dem Qualitätsmanagementmodell der KTQ zertifiziert worden. Das Allgemeine öffentliche Landeskrankenhaus Villach ist das erste Mal von der Joint Commission International 2003 als erstes Österreichisches Allgemeines Krankenhaus akkreditiert worden. In den Jahren 2007 und 2010 [104] wurde eine Re-Akkreditierung erfolgreich durch die JCI durchgeführt. Das Unfallkrankenhaus der AUVA in Klagenfurt setzt das QM-System der AUVA ein.

8.1.3.3 Niederösterreich

Die niederösterreichische NÖ Landeskliniken-Holding ist Träger der 19 Landeskliniken. Durch die Abteilung für medizinische und pflegerische Betriebsunterstützung wird die Implementierung und Ausrollung des Qualitätsmanagementsystems EFQM in allen niederösterreichischen Landeskliniken betrieben [126]. Am 01. Oktober 2009 wurde am

Landeskrankenhaus St.Pölten-Lilienfeld das Institut für medizinische Radiologie, Diagnostik und Intervention nach der erfolgreichen Bewertung nach dem QM-System der EFQM im Rahmen des Staatspreises für Unternehmensqualität der Jurypreis für besondere Leistungen auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung und die EFQM Stufe "Recognised for Excellence"(4*) verliehen. 2009 hat bereits die fünfte Selbstbewertung nach dem EFQM Qualitätsmodell im Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg stattgefunden. 2006 wurde das EFQM Qualitätsmanagementmodell im Landeskrankenhaus Mostviertel Scheibbs eingeführt. Das genaue Datum der Einführung des EFQM Modells am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt war vom Krankenhaus nicht angegeben. Das Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach führte 2006 das EFQM Qualitätsmanagementsystem ein.

8.1.3.4 Oberösterreich

Die Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals-AG (Gespag) ist mit einem Marktanteil von rund 45% Oberösterreichs größter Krankenhausträger und betreibt derzeit 10 Krankenhäuser an 11 Standorten. In der Qualitätspolitik der Gespag wird das Exzellenzmodell der EFQM als Qualitätsmanagementmodell bevorzugt [87]. Am 9. Oktober 2008 erhielt das AKH Linz als erstes Gesamtkrankenhaus Österreichs für das angewendete QM-System der EFQM den Status „Committed to Excellence“ ist aber von der EFQM als solches nicht registriert [148]. Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz hat nach der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach proCum Cert inkl. KTQ in 2007 das Zertifikat am 04. August 2008 erhalten [115]. Nach der Zertifizierung im Jahr 2005 erfolgte am 14.05.2008 die erfolgreiche Re-Zertifizierung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern Ried nach dem QM-Modell proCumCert inkl. KTQ. Die entsprechenden Zertifikate wurden von der KTQ GmbH veröffentlicht [115]. Das Unfallkrankenhaus Linz der AUVA betreibt ein eigenes QM-System.

8.1.3.5 Salzburg

Die Ausrichtung für ein QM-System war aus den veröffentlichten Daten der Dachgesellschaft der „Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH“ (SALK) nicht erkennbar [82]. Am 08. April 2010 fand im Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus die Startveranstaltung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach KTQ/ pCC statt [107]. Das Unfallkrankenhaus Salzburg der AUVA betreibt ein eigenes QM-System.

8.1.3.6 Steiermark

Die Qualitätsstrategie der Steiermärkische Krankenanstalten GmbH (KAGes) [167] sieht eine Umsetzung des QM-Systems der EFQM in allen 20 Krankenanstalten der KAGes vor. Diese haben schon mindestens einmal eine Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt. Der KAGes Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen [49] enthält ausführliche Informationen über Bemühungen und Projekte die seitens der KAGes in Richtung Qualität unternommen werden. Die Universitätsaugenklinik, Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinik für Neurologie, und die Universitätsklinik für Orthopädie an der LKH-Univ. Klinikum Graz sind auch in der „Recognition Book 2008“ [148] der EFQM in der Kategorie Committed for Excellence aufgelistet. Das Neurologische Therapiezentrum Kapfenberg GmbH, das von Vamed-Kmb Krankenhausmanagement und Betriebsführung GesmbH-Austria betrieben wird, ist als erstes Krankenhaus in Österreich am 11. April 2002 von Joint Commission International Accreditation zertifiziert, und in das Verzeichnis der zertifizierten Einrichtungen eingetragen worden [104]. Das Unfallkrankenhaus Kalwang der AUVA betreibt ein eigenes QM-System, ist aber als erstes Krankenhaus der AUVA seit dem 12. November 2007 nach dem KTQ QM-System zertifiziert.

8.1.3.7 Tirol

Von der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) [171] wird laut der veröffentlichten Qualitätsstrategie 2007-2011 eine schrittweise Einführung des QM-Systems der KTQ krankenhausweit angestrebt.

8.1.3.8 Vorarlberg

Die Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH. hat bis jetzt keine Entscheidungen für die Einführung eines Qualitätmanagementsystems getroffen. Das Krankenhaus der Stadt Dornbirn ist seit dem 02. Juni 2010 nach dem QM-System der KTQ zertifiziert und von der Zertifizierungsgesellschaft im Verzeichnis vermerkt [115].

8.1.3.9 Wien

Der Wiener Krankenanstaltenverbund hat keine Strategie für die Einführung eines bestimmten QM-Systems, obwohl in den Grundsätzen für die Qualitätsarbeit nach dem RADAR Konzept vom EFQM und der PDCA-Zyklus erwähnt werden. Das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien ist seit 2008 nach der ISO 9001:2000 zertifiziert, strebt aber eine Zertifizierung nach KTQ an. Das Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-

Wagner-Spital und Pflegezentrum hat bis jetzt nur eine Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell durchgeführt. Die Vinzenz Gruppe, ein Krankenanstaltenverbund der konfessionellen Träger der 2004 gegründet wurde, strebt eine Zertifizierung nach proCum Cert inkl. KTQ für alle Krankenhäuser an. Die folgenden Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe in Wien haben einen Zertifikat [115] nach diesem QM-System erhalten: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien (18.12.2008), St. Josef Krankenhaus Wien (10.12.2009) und das Krankenhaus Göttlicher Heiland (21.12.2009). Die Krankenanstalten der AUVA in Wien, das Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler und das Unfallkrankenhaus Meidling betreiben ein eigenes QM-System.

Es ist aufgrund der Ergebnisse der Recherche eine vermehrte Zertifizierung der Krankenhäusern der konfessionellen Träger, vor allem der Vinzenz Gruppe, nach dem QM-System der KTQ/ pCC erkennbar. Die Anwendung und Umsetzung des EFQM Systems der Krankenanstalten der Bundesländer Steiermark, Oberösterreich und Niederösterreich sind durch die Qualitätsstrategie der Träger in diese Richtung konzentriert.

8.1.4 Qualitätsmanagementsysteme in privaten Akutkrankenanstalten

Die folgende Tabelle zeigt die angewendeten Qualitätsmanagementsysteme in 34 privaten Akutkrankenanstalten.

Bundesland	ges.	ISO9001		keinQMS
		z.KA	n.z.KA	
Burgenland	0	0	0	0
Kärnten	4	0	0	4
Niederösterreich	0	0	0	0
Oberösterreich	2	0	0	2
Salzburg	10	0	0	10
Steiermark	7	0	0	7
Tirol	3	0	0	3
Vorarlberg	2	0	0	2
Wien	6	1	0	5
Summe	34	1	0	33
Zertifiziert		1		

Tabelle 5 Angewendete Qualitätsmanagementsysteme in privaten Akutkrankenanstalten nach Bundesländern

z.KA	zertifizierte Krankenanstalten
n.z.KA	nicht zertifizierte Krankenanstalten
kein QMS	kein Qualitätsmanagementsystem

Im Burgenland und Niederösterreich gibt es laut „Spitalskompass“ [165] keine privaten Akutkrankenanstalten. Im Kärnten sind Privatklinik Maria Hilf, Privatklinik Althofen und Privatklinik Villach Warmbad-Villach im Besitz der Humanomed Consult GmbH. Die Einrichtungen besitzen kein QM-System, der Träger ist seit Jänner 2010 nach der ISO 9001:2008 zertifiziert. Das einzige private Krankenhaus, das ein gültiges Zertifikat für ein QM-System besitzt ist das Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus Wien [135]. Es hat im Dezember 2007 als erstes privates Belegspital eine hausweite Zertifizierung nach ISO EN 9001:2000 von der Société Générale de Surveillance (SGS), einem international tätigen Zertifizierungsunternehmen mit Sitz in der Schweiz, erhalten.

8.1.5 Qualitätsmanagementsysteme in Rehabilitationseinrichtungen

Die Ergebnisse der Internetrecherche über die Website „Österreichischer Rehabilitationskompass der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG)“ werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

Bundesland	ges.	ISO9001		AUVA	kein QMS
		z.R	n.z.R		
Burgenland	3	0	0	0	3
Kärnten	6	0	0	0	6
Niederösterreich	13	0	0	1	12
Oberösterreich	12	0	0	0	12
Salzburg	6	0	0	0	6
Steiermark	12	2	0	1	9
Tirol	2	0	0	1	1
Vorarlberg	0	0	0	0	0
Wien	2	0	0	1	1
Summe	56	2	0	4	50
Zertifiziert		2			

Tabelle 6 Angewendete Qualitätsmanagementsysteme in Rehabilitationseinrichtungen nach Bundesländern

z.R	zertifizierte Rehabilitationseinrichtung
n.z.R	nicht zertifizierte Rehabilitationseinrichtung
AUVA	Qualitätsmanagementsystem der AUVA
kein QMS	kein Qualitätsmanagementsystem

Von 56 Rehabilitationseinrichtungen aus dem Verzeichnis wenden nur zwei ein QM-System an. Die Privatklinik Laßnitzhöhe wurde am 19.01.2010 und das Theresienhof Frohnleiten – Klinikum für Orthopädie & orthopädische Rehabilitation am 1. Oktober 2003, beide in der Steiermark, nach der ISO 9001:2008 zertifiziert. Die Rehabilitationseinrichtungen der AUVA wenden ein QM-System der AUVA an.

Die erste österreichische Rehabilitationsklinik die ein KTQ Zertifikat am 19.11.2009 erhalten hat, und nicht in dem Verzeichnis von ÖBIG aus dem Jahr 2008 aufgelistet ist, war Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Ederhof.

In dem von dem Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2008 veröffentlichten Bericht „Krankenanstalten in Österreich-Hospitals in Austria“ sind 264 Krankenanstalten aufgelistet. Bei den 31 Krankenanstalten die auf den Webseiten „Spitalskompass“ und „Österreichischer Rehabilitationskompass der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG)“ nicht aufgelistet sind handelt es sich um Heereskrankenanstalten, Krankenanstalten in den Justizanstalten und Sonderkrankenanstalten für Kinder, chronisch Kranke und Diabetiker.

8.1.6 Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich

Von der gesetzlichen Grundlage ausgehend, die keine verpflichtende Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im niedergelassenen Bereich vorschreibt, ist die Anzahl der in der Recherche gefundenen Praxen die QM-Systeme anwenden und sich zertifizieren lassen gering. Es sind zwar Zertifikate von der Österreichischen Ärztekammer und der ÖQMed nach der bundesweit durchgeführten Evaluierung als Bestätigung für die Teilnahme vergeben, jedoch handelt es sich bei diesen nicht um die Zertifikate die für ein Qualitätsmanagementsystem verliehen werden [141].

Die Quality Austria bietet seit 2010 die Möglichkeit einer Zertifizierung der Praxen nach dem KTQ-Modell, es wurden aber bis jetzt nur zwei Praxen österreichweit nach diesem Modell zertifiziert [184].

Im Jahr 2009 wurde ein Projekt der Steirischen und Oberösterreichischen Ärztekammern zur Adaptierung des Qualitätsmanagementsystems „EPA- Europäisches Praxisassessment“ [74] für die österreichischen Arztpraxen gestartet. Ab April 2009 wird das QM-System in der Zusammenarbeit des Ärztlichen Qualitätszentrums in Linz und der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) für die Anwendung und Zertifizierung der Ordinationen in Österreich auf freiwilliger Basis angeboten. Die Zahl der bisher zertifizierten Ordinationen war nicht veröffentlicht. Als Ergebnis der Suche wird das Europäische Praxisassessment hier ausführlicher beschrieben.

8.1.6.1 Europäische Praxisassessment EPA

Das Europäische Praxisassessment (EPA) [73] ist ein System zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Eine Gruppe internationaler

Qualitätsexperten und Hausärzte, aus Frankreich, England/Wales, Schweiz, Österreich, Israel und Slowenien, hat EPA unter der Leitung von Prof. Richard Grol (Centre for Quality of Care Research der Universität Nijmegen NL) entwickelt. An der Entwicklung und dem anschließenden Pilotprojekt waren folgende Institutionen beteiligt:

- Österreichische Ärztekammer, Wien (A)
- Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen – Berchem (BE)
- SwissPEP – Institut, Gmüli (CH)
- AQUA-Institut, Göttingen und Abteilungen Allgemeinmedizin Heidelberg und Frankfurt (D)
- Société Française de Thérapeutique du Généraliste, Paris (F)
- National Primary Care R&D Centre – Manchester /University of Wales (GB)
- Family Medicine Department, Haifa (IL)
- University Ljubljana (SLO)

Die nationale Umsetzung von EPA erfolgt durch Institutionen der einzelnen Länder. In Österreich ist das Ärztliche Qualitätszentrum in Linz für den Vertrieb von EPA zuständig.

EPA ermöglicht Praxen, mit einer Standortanalyse Stärken und Schwächen in den Bereichen Praxisorganisation, Qualitätsmanagement und Patientenzufriedenheit zu orten, diese mit anderen Praxen zu vergleichen und zu verbessern.

In ihrem Aufbau, der Verwendung des PDCA-Zyklus und der Bewertungskriterien ist EPA stark dem EFQM QM-Modell ähnlich. Das EPA-System besteht aus fünf Domänen, die wiederum 34 Dimensionen enthalten die in 365 Qualitätsindikatoren unterteilt sind.

Die Einführung der EPA erfolgt individuell je nach der Art und dem bisherigen Fortschritt der angewendeten QM-Maßnahmen in der Ordination. Die Einführung der EPA selbst erfolgt in einem Zeitrahmen von acht Wochen

Ordinationen, die das EPA-Verfahren vollständig durchlaufen haben und festgelegte Zertifikatskriterien erfüllen, können ein Zertifikat durch ÖQMED erlangen. Das Zertifikat ist drei Jahre gültig und kostet 120,00 Euro. Eine Re-Zertifizierung ist nach drei Jahren möglich. Die Zertifizierungsanforderungen werden mit einer Beschreibung der Umsetzung der Verbesserungspotentiale aus der letzten Visitation erweitert.

Die in der EPA verwendete angewendete Patientenbefragung ist die EUROPEP-Patientenbefragung [77]. Es ist ein komplettes und umfassend validiertes Instrument zur Beurteilung von Arztpraxen durch die Patienten. Das Instrument wurde von einer internationalen Arbeitsgruppe, im Rahmen einer EU-geförderten Studie gemeinsam mit

Ärzten und Patienten entwickelt und publiziert. Der Fragebogen ist in mehreren Sprachen erschienen. Es lässt sich flexibel in verschiedenen Praxen (Ärzte-Netzwerk-Praxen, HMOs, Einzelpraxen etc.) einsetzen. Es existieren neben der Standardversion für Hausärzte auch ausgearbeitete Varianten für spezifische Fachrichtungen (Pädiater, Psychiater, sowie für andere Fachärzte).

Mit dem EUROPEP-Fragebogen bewerten die Patienten Aspekte aus folgenden Themenbereichen:

- Kommunikation und Arzt-Patienten-Beziehung
- Patienten-Information und –Unterstützung
- Medizinisch-technische Versorgung
- Praxisorganisation und Erreichbarkeit
- Koordination und Kontinuität der Betreuung
- Gesamtzufriedenheit
- Freitextangaben wieso Arzt ggf. speziell empfohlen werden kann
- Freitextangaben zu allfälligen Gründen für einen Arztwechsel
- Ferner erläutern die Patienten ihren Gesundheitszustand und liefern demographischen Angaben

8.2 Qualitätsmanagement im Schweizer Gesundheitswesen

Die gesetzlichen Rahmen die der Bund in der Schweiz durch den Krankenversicherungsgesetzes (KVG) geschaffen hat zwingt die Leistungserbringer und Krankenkassen die qualitätssichernde Maßnahme als den verpflichtenden Teil der ausgehandelten Verträge dem Gesetzgeber vorzuweisen. Für die Einführung oder Anwendung eines Qualitätsmanagementsystems gibt es keine gesetzliche Grundlage oder Verpflichtung. Es bleibt also den Leistungserbringern und den Krankenkassen, auf der bestehenden Mindestanforderung durch den Art. 77 KVV, die qualitätssichernde Maßnahmen und Qualitätsmanagementsysteme nach Belieben einzuführen und anzuwenden. Dies führte zu der intensiven Zusammenarbeit der Partner im Schweizer Gesundheitswesen, und manifestiert sich in den Änderungen der Strukturen der Organisationen beider Gruppen, vor allem im stationären Bereich. Als Ergebnis der Recherche, und das Beispiel dieser Zusammenarbeit, wird der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) [152] im nächsten Abschnitt beschrieben. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Akteure ist auch die Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Stiftung SanaCERT Suisse) [160] entstanden, die hier als Ergebnis der Recherche näher erläutert wird.

8.2.1 Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Stiftung SanaCERT Suisse)

Die gemeinnützige Stiftung sanaCERT [160] wurde 2001 gegründet und durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle auf der Grundlage der Norm ISO/IEC 17021 (Konformitätsbewertung - Anforderungen an Stellen, die Managementsysteme auditieren und zertifizieren) akkreditiert. Zu den Stiftern gehörte auch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). An der Stiftung beteiligen sich die Leistungserbringer, Krankenkassen und die öffentliche Hand. Die Stiftung unterstützt die Leistungserbringer im Gesundheitswesen bei der Erfüllung der Anforderungen aus den Artikeln 56 KVG und 77 KVV. Sie beurteilt die von Leistungserbringern im Gesundheitswesen ergriffenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung unter den Aspekten der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit und stellt diesbezüglich Zertifikate aus. Die Stiftung sanaCERT Suisse setzt auf die Optimierung der interdisziplinären und

interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Qualitätsstandards, die branchenspezifischen Themen, den Umgang mit kritischen Zwischenfällen und die Patientenaufklärung.

Die Stiftung zertifiziert Spitäler, Kliniken und Institutionen für die akutsomatische Versorgung von Kindern und Erwachsenen, und beabsichtigt eine Erweiterung ihres Tätigkeitsgebietes in Richtung der Zertifizierung von Einrichtungen in Bereichen wie:

- der ambulanten und stationären Psychiatrie;
- der ambulanten und stationären Rehabilitation;
- der Langzeitpflege;
- Altersheime;
- HMO und Gruppenpraxen;
- spitalexterne Krankenpflege (Spitex-Organisationen);
- Tageskliniken, Ambulatorien, freie Praxen

Die normative Grundlage der Zertifizierung bilden 30 Qualitätsstandards, die ausgewählte Themen der interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit beinhalten. Die Qualitätsstandards orientieren sich am Optimum. Laut sanaCert sind die definierten Anforderungen an die Qualität so anspruchsvoll, dass sie selten im ersten Anlauf ganz erfüllt werden. Es wird daher eine längerfristige Entwicklung über mehrere Jahre empfohlen, bis das Optimum erreicht werden kann. Von der sanaCert wird eine durchschnittliche Vorbereitungszeit von 18 Monaten vom Erstkontakt bis zum Erstzertifizierungsaudit als Zeitrahmen angegeben. Bei sanaCert kann jeder Leistungserbringer selber entscheiden, wo er seine Ressourcen für die Qualitätssicherung einsetzt. Es stehen 30 Standards zur Auswahl wobei die Leistungserbringer acht davon wählen müssen. Die Standards die zur Auswahl stehen wurden in der letzten Ausgabe der sanaCert [128] „Normative Grundlage für die Zertifizierung: Manual für die Selbst- und Fremdbewertung Version 16/2010“ am 11. Mai 2010 veröffentlicht und sind hier aufgelistet:

- 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene
- 2: Erhebung von Patientenurteilen
- 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern
- 5: Schmerzbehandlung
- 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus
- 7: Chirurgie
- 8: Gynäkologie
- 9: Entwicklung der Pflegequalität

- 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz
- 11: Umgang mit kritischen Zwischenfällen
- 12: Mitarbeitende Menschen und Spital
- 13: Patienteninformation
- 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation
- 15: Ernährung
- 16: Frauenklinik
- 17: Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten
- 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten
- 20: Rettungsdienst
- 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung
- 23: Risikomanagement
- 25: Palliative Betreuung
- 28: Decubitusvermeidung und – pflege
- 29: Sturzvermeidung
- 30: Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen

Von der Stiftung wird zum Standard 4 „Kommunikation – Patientenfragen“ vermerkt, dass noch keine Bewertungskriterien erarbeitet wurden, da dieser Standard seit mehreren Jahren von keinem Leistungserbringer zur Umsetzung gewählt worden ist. Für die Standards 19, 24,26 und 27 werden von der sanaCert Bewertungskriterien erst erarbeitet.

Für das Zertifizierungsverfahren führt ein interprofessionelles Auditteam, dem Mitglieder aus den Bereichen Pflege, Ärzte und Verwaltung angehören, eine externe Begutachtung durch. Das Zertifikat bescheinigt, dass das Qualitätsmanagement funktioniert, ist jeweils drei Jahre gültig und kann mittels eines Re-Zertifizierungsaudits erneuert werden. Während der dreijährigen Zertifizierungsperiode finden angekündigte, halbtägige Überwachungsaudits durch zwei Auditoren statt [161].

Die externen Kosten für ein eineinhalbtägiges Audit mit vier Auditoren in einem somatischen Akutspital mit 30 bis 300 Betten werden mit 19 000 bis 27 000 Franken von der sanaCert angegeben, wobei der entstandene Aufwand bei Betrieben mit mehreren Standorten oder komplexeren Leistungsaufträgen höher ausfallen kann. Für kleinere und kleinste Betriebe gibt es Möglichkeit einer Ermäßigung.

Obwohl die Zertifizierung nach den Qualitätsstandards der sanaCert unter Berücksichtigung des „Plan-Do-Check-Act“-Kreises nach Deming eine Anlehnung an das EFQM-Qualitätsmodell darstellt, findet die Anwendung dieses QM-Systems nur in der Schweiz, und, trotz des breiten Angebots auch für Ordinationen, bisher nur im stationärem Bereich statt.

8.2.2 Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ - Association nationale pour le développement de la qualité)

Im Juli 2000 haben die beiden nationalen Verbände der Spitäler und der Krankenversicherer, H+ und santésuisse, gemeinsam eine Koordinationsstelle (KIQ) gegründet, um die Qualitätssicherung in den Spitälern koordiniert in Angriff zu nehmen. Am 22. November 2007 haben sich 18 Kantone, die Krankenversicherer unter der Leitung von santésuisse, die Eidgenössischen Sozialversicherer und die Leistungserbringer im Verein IVQ (Interkantonaler Verein für Qualitätssicherung und Förderung in den Spitälern), mit dem Ziel gemeinsam die Strategie der Qualitätssicherung in den Spitälern zu bestimmen zusammengeschlossen.

Die KIQ und IVQ haben im März 2009 ihre Organisationen zusammengelegt und den neuen Verein mit dem Namen Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) gegründet [157]. Der ANQ soll sicherstellen, dass alle Schweizer Spitäler und Kliniken Qualitätsmessungen für die Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation mit jeweils pro Fachbereich einheitlicher Methode durchgeführt und dokumentiert werden, um den nationalen Vergleich der Messdaten zu ermöglichen und die dazu notwendigen Rahmenbedingungen zu definieren.

Die Partner im Gesundheitswesen, Kantone, H+, santésuisse und die Eidgenössischen Sozialversicherer, bringen paritätisch festgelegte Qualitätsmessungen unter ein Dach, mit dem Ziel die einheitliche Qualität, sowie landesweite Klarheit und Vergleichbarkeit für die Spitäler und Kliniken zu schaffen.

Der ANQ führt die Messungen des IVQ und die KIQ Pilotprojekte entsprechend den bisherigen Vereinbarungen und unter den bisherigen Projektleitungen weiter.

8.2.3 Qualitätsmanagement im stationären Bereich

Im Folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Internetrecherche über die Webseite der „H+ Die Spitäler der Schweiz“, [93] und im Anschluss darauf die Ergebnisse der Suche über die Webseiten der nationalen und internationalen Zertifizierungsgesellschaften präsentiert.

Aus der in dem Abschnitt Methoden beschriebenen Internetrecherche über die von der „H+ Die Spitäler der Schweiz“ betriebenen Webseite ergaben sich folgende Ergebnisse die in der Tabelle dargestellt werden.

	ges	Q-Bericht	sanaCert		ISO9001		EFQM		JCI	keinQMS
			z.m.E	n.z.m.E	z.m.E	n.m.E	Sb.	CtE	z.m.E	
med.Einrichtungen	384	184	24	2	41	20	14	26	1	51
Zertifiziert gesamt		92								

Tabelle 7 Angewandte QM-Systeme im schweizerischen stationärem Bereich

Q-Bericht	med. Einrichtungen die ein Qualitätsbericht veröffentlicht haben
sanaCert	Qualitätsmanagementsystem der Stiftung sanaCert
z.m.E	zertifizierte medizinische Einrichtung
n.z.m.E	nicht zertifizierte medizinische Einrichtung
CtE	Committed to Excellence nach EFQM
Sb	Selbstbewertung nach EFQM
kein QMS	kein Qualitätsmanagementsystem

Von der Gesamtzahl der 384 auf dem Internetverzeichnis aufgelisteten medizinischen Einrichtungen veröffentlichen 184 einen nicht verpflichtenden Qualitätsbericht. Nach der Analyse der Inhalte aller Qualitätsberichte wurden die darin beschriebene Qualitätsmanagementsysteme der Anstalten nach dem angewendetem QM-System in das QM-System der sanaCert, dem QM-System der ISO9001, der EFQM und der Joint Commission International geordnet. Die Unterscheidung zwischen der zertifizierten Einrichtungen (z.m.E), bzw. der die mindestens einen „Committed to Excellence“ Status nach EFQM erhalten haben (CtE), und nichtzertifizierten (n.z.m.E) bzw. denen die nur eine Selbstbewertung (Sb.) nach dem QM-Modell der EFQM durchgeführt haben ist gleich wie bei der Beschreibung der QM-Systeme der österreichischen Anstalten. Da von der Joint Commission International die Ente Ospedaliero Cantonale Ospedale Regionale di Locarno als

einziges akkreditiertes Krankenhaus der Schweiz im Verzeichnis vermerkt ist [104] (seit 2008), und dieses in ihrem Qualitätsbericht bekanntgibt, steht in dieser Spalte nur (z.m.E).

Aus der Analyse der Qualitätsberichte ergibt sich die Anzahl der zertifizierten Einrichtungen auf 89, und denen die kein QM-System anwenden auf 51. Nach den Ergebnissen verwendet mehr als zwei Drittel der analysierten Einrichtungen den einen Qualitätsbericht veröffentlicht haben ein QM-System.

Die Zahl der Einrichtungen mit zertifiziertem Qualitätsmanagementsystem gemäß sanaCERT wurde von dieser Stiftung mit 25 angegeben [160] (Stand: 15. Mai 2010).

Von der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme (SQS) [162] angegebene Anzahl der vergebenen 134 Zertifikate für Einrichtungen im Gesundheitswesen die nach der ISO Norm 9001:2000 zertifiziert sind (Stand: 12.06.2010) erklärt sich dadurch dass bei der Suchabfrage sämtliche Einrichtungen des Gesundheitswesens nach dem EA/IAF Scope 38 (Gesundheit und Sozialarbeit) erfolgt, und somit keine Unterscheidung zwischen den sozialen und humanmedizinischen Einrichtungen ermöglicht.

Im „Recognition Book 2008“ [148] sind zehn Schweizer Spitäler unter „Committed to Excellence“ aufgelistet. Im „Recognition Book 2009“ [149] sind insgesamt weitere sechs Spitäler in verschiedenen Bereichen der „Excellence“ aufgelistet. Die Differenz in den Zahlen die sich aus den Angaben der Spitäler in den Qualitätsberichten und der von der EFQM veröffentlichten Daten ergibt ist nicht nachvollziehbar.

Fünf Einrichtungen verwenden andere qualitätssichernde Maßnahmen die als Ergebnisse der Recherche hier beschrieben werden.

8.2.3.1 QuaTheDa

QuaTheDA [144] (Qualität Therapie Drogen Alkohol) ist ein Qualitätsprojekt des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für den Suchthilfebereich. Ziel ist ein einheitliches Qualitätsverständnis im gesamten Suchthilfebereich, basierend auf einem Qualitätsschema, dem modularen Referenzsystem QuaTheDA, welches alle Tätigkeitsfelder im ambulanten, teilstationären und stationären Suchthilfebereich abdeckt. Von der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme werden für die Schweiz gültige

Zertifikate mit der Gültigkeit von drei Jahren vergeben. Zwei Einrichtungen geben an nach diesem Verfahren zertifiziert zu sein.

8.2.3.2 2Q

2 Q, (Qualität und Qualifikation) ist ein systematisches Verfahren zur kontinuierlichen Verbesserung der gesamtunternehmerischen Aktivitäten unter dem Einsatz eines Total Quality Managementsystems, der vom Bureau Veritas Certification AG [58] seit den 1990-er Jahren in der Schweiz angeboten wird. 2Q setzt auf ein vorausschauendes, antizipatives Qualitätsmanagement und fördert ein Vorschlagswesen basierend auf folgenden Kriterien: Unternehmensziele, Bereichsoptionenkataloge, Auswahl, Bearbeitung und Beurteilung gewählter Optionen auf Mitarbeiterebene. Die Unternehmen können sich alle 2 Jahre zertifizieren lassen und erhalten das 2Q-Zertifikat. In der Schweiz wird die 2Q-Methode vor allem in Heimen, Schulen, Spitälern und weiteren Sozialen Institutionen verwendet. Zwei Spitäler geben an nach diesem Verfahren im Jahr 2008 zertifiziert worden zu sein.

Ein Spital im Kanton Bern gibt in dem Qualitätsbericht nach der Norm „SQS ISO“ zertifiziert zu sein, obwohl diese Norm in dem Leistungsangebot der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme (SQS) unter diesem Namen nicht existiert.

8.2.4 Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich

Nach KVG 1996 müssen die von Ärzten erbrachten Leistungen periodisch bezüglich Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden. Um diese Anforderungen dem Gesetzgeber gegenüber zu erfüllen beschlossen die Ärzte im Schweizer niedergelassenen Bereich sich mehrheitlich entweder zu regionalen, oder aus den Verträgen mit den Krankenkassen entstandenen Zugehörigkeit in Gruppenpraxen, Ärztenetzwerken und Organisationen zusammenzuschließen. Durch das KVG wurden die Möglichkeiten geschaffen alternative Versicherungsmodelle (AVM) anzubieten. Ausgehend vom Subsidiaritätsprinzip der Schweiz können die Vertragspartner, also Ärzte und Versicherer, solche Modelle entwickeln und anbieten. Die Versicherten können innerhalb der Krankenversicherung zwischen verschiedenen Managed-Care-Modellen wählen, und sich als Patienten in

Ärztetzwerken oder Health Maintenance Organization (HMO) behandeln und betreuen lassen.

Die verstärkte Zusammenarbeit der HMOs und Ärztenetzwerke (ÄNW) führte auch zur Gründung verschiedener Organisationen. Neben schon erwähnten Qualitätsmanagementsystemen ISO, EFQM, und sanaCERT, stehen in der Schweiz weitere standardisierte Instrumente der Qualitätssicherung für die Ärzte zur Verfügung wie EPA, EQUAM und Quali-med-net.

Im Frühjahr 2004 wurden in sechs europäischen Ländern, unter anderem in 30 Schweizer Praxen, im Pilotprojekt SIPA (Schweizer Initiative für Praxisassessment) als die Schweizer Beteiligung an der EPA-Studie, 168 Indikatoren überprüft. Mittels Selbst-Assessment, Mitarbeiterbefragung, Patientenbefragung und Praxisbesuch wurden Daten in den Themenbereichen Infrastruktur, Mitarbeiter, Informationen, Finanzen, Qualität und Sicherheit erhoben. Das EPA-Modell wird in der Schweiz, aus diesem Projekt ausgehend, vom Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen Swisspep betrieben. Praxen, die den EPA-Prozess durchlaufen haben und die definierten Voraussetzungen erfüllen, können ein EQUAM-Zertifikat beantragen. Die EQUAM-Stiftung arbeitet mit Swisspep zusammen und stellt seit 2002 als akkreditiertes Qualitäts-Zertifizierungsinstitut die nationale Stelle der Schweiz für die EPA- Zertifizierung dar [97].

8.2.4.1 EQUAM-Stiftung

Die EQUAM-Stiftung (Externe Qualitätskontrolle in der Medizin) [87] entwickelte im Jahr 1998 Qualitätskriterien für die HMOs und später für Schweizer Ärzte-Netzwerke. Die EQUAM Stiftung ist auf Initiative der folgenden Managed Care Organisationen entstanden:

1. SanaCare AG: SanaCare ist eine Gesundheitsorganisation im Bereich Managed Care, die in der Schweiz 14 Gruppenpraxen mit über 70 betreibt.
2. Medix Aerzte AG: mediX schweiz ist ein Zusammenschluss der Ärztenetze und Einzelärzte, die unter der gemeinsamen Marke mediX auftreten.
3. Stiftung HMO: ist ein innovatives HMO-Hausarztssystem mit 90 Ärzten, das von der Stiftung MECONEX in der Region Basel betrieben wird.

Diese drei Managed Care Organisationen verfolgten mit der Gründung der EQUAM Stiftung folgende Ziele:

- die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von HMO-Zentren regelmäßig zu prüfen und messbare Verbesserungen zu fördern;
- die Qualitätsstandards insbesondere aus ärztlicher Sicht mit Einbezug der Patientenschaft zu formulieren und ihre Einhaltung durch eine unabhängige Instanz kontrollieren zu lassen;
- ein entsprechendes Qualitätszertifikat zu schaffen, welches erteilt und auch wieder entzogen werden kann.

8.2.4.2 Quali-med-net

Eine weitere wichtige Organisation im ambulanten Bereich ist der Schweizer Dachverband der Ärztenetzwerke med-swiss.net. Als Vertreter von über 60 Netzwerken entwickelte med-swiss.net in einem Projekt das Qualitätsinstrument für Netzwerke „Quali-med-net“ (QMN) [124]. Mit diesem Selbstbeurteilungsinstrument können eine Vielzahl der Leistungen und Entwicklungsprozesse in einem Ärztenetzwerk dargestellt und qualitätsfördernde Maßnahmen als lernendes „bottom-up“ System umgesetzt werden. Die Indikatoren sind strukturiert in fünf Qualitätsdimensionen:

1. Mitgliedschaft, Organisation und Infrastruktur;
2. Interne und externe Zusammenarbeit;
3. Prozessmanagement;
4. Kommunikation;
5. Outcome.

Das Instrument ist kein Mittel für eine externe Kontrolle, sondern ein Werkzeug für die Selbstbeurteilung der Netzwerke. Eine "offizielle" Zertifizierung der Netzwerke wird von med-swiss.net nicht angestrebt, jedoch kann Quali-med-net von Netzwerken als Label verwendet werden. Die lokale Netzwerk-Qualitätsentwicklung in den Praxen soll dadurch verbessert werden, vor allem um prozess- und ergebnisorientierte Qualitätsentwicklung zu definieren und untereinander zu kommunizieren.

8.2.4.3 TOPAS\./CH-Konsortium

Durch die Zusammenarbeit von swisspep, med-swiss.net, EQUAM und der FMH zwecks einer gemeinsamen Koordination der Qualitätsförderung in Hausarztpraxen wurde 2004 als Kooperationsplattform auf nationaler Ebene eine neue Organisation gegründet, das TOPAS\./CH-Konsortium [113].

Ziele des TOPAS\./CH-Konsortiums:

- Nachweis und Förderung einer sicheren, wirksamen, Patienten-zentrierten, zeitgerechten und zweckmäßigen ambulanten Versorgung anhand international anerkannter Kriterien
- Vereinigung der maßgeblichen Institutionen der medizinischen Qualitätsförderung unter einer Dachorganisation und einem generischen System, um einer Fragmentierung im schweizerischen Qualitätssicherungswesen entgegenzuwirken.

Zur Implementierung und Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen im ambulanten Bereich in der Schweiz waren laut dem Grundlagenpapier der Arbeitsgruppe Qualität der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte AGQ-FMH [2] folgende Angaben vorhanden:

- Seit 2005 haben zirka 130 Praxen das EPA-Assessment durchlaufen, aktuell läuft EPA in 31 Praxen. (Stand 21. April 2008).
- 240 Ärzte verfügen über ein EQUAM-Zertifikat. Sie sind in 6 Netzen und 6 HMO-Praxen organisiert. Von den 240 Ärzten sind 15 nicht in eine Managed-Care-Organisation eingebunden. (Stand 21. April 2008).
- Ärztenetzwerke (ÄNW): 38 Mitglieder, detaillierte Angaben über den Grad der Implementierung von Quali-med-net sind nicht vorhanden (Stand 28. August 2007)
- Von ISO sind keine spezifischen Daten in Bezug auf Spitäler und Praxen erhältlich, die auf der Website publizierten Zertifizierungen im Gesundheitsbereich beinhalten auch Altersheime, Pflegeeinrichtungen usw.

Der anschließende Kommentar der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte gibt die Auskunft über die damalige Umsetzung der QM-Systeme in der Schweiz [Zitat aus 2]:

„Abschließend kann nicht davon gesprochen werden, dass sich in der Schweiz ein bestimmtes Qualitätsmanagementsystem im ambulanten oder stationären Sektor etabliert hat.“

Die Ergebnisse der Recherche liefern annähernd gleiche Zahlen:

- Für das EPA-Assessment werden von der Swisspep keine Daten über begutachtete Praxen veröffentlicht, bzw. der Link zur Liste der „zertifizierten Praxen“ verweist auf die Homepage von EQUAM. (Stand 24. Juli 2010) [97].
- 313 Ärzte verfügen über ein EQUAM-Zertifikat. Sie sind in 5 Netzen und 7 HMO-Praxen organisiert. Von den 313 Ärzten sind 70 nicht in eine Managed-Care-Organisation eingebunden (Stand 24. Juli 2010) [75]
- von dem Schweizer Dachverband der Ärztenetze med-swiss.net sind keine Daten über die Umsetzung vom „Quali-med-net“ verfügbar. Die letzten verfügbaren Informationen stammen aus Februar 2002 (Stand 24. Juli 2010) [124]
- Für die Anwendung der ISO Normen gibt es im Bezug auf die vorhandenen Daten der FMH keine Änderung.
- Die Praxis für rehabilitative und restaurative Zahnheilkunde „Ästhetikart“ ist die einzige Schweizer Praxis die im „Recognition Book 2008 “[148] auf dem Excellence Level „Committed to Excellence“ aufgelistet ist.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass es im Schweizer Gesundheitswesen, sowohl im stationärem, als auch ambulanten Bereich, keine Zertifizierungen nach dem KTQ Qualitätsmodell gegeben hat. (Stand 24. Juli 2010) [115].

8.3 Qualitätsmanagement im deutschem Gesundheitswesen

8.3.1 Qualitätsmanagement im stationären Bereich

Die gesetzliche Lage aufgrund der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in der Fassung (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL)“ [153] die mit dem 1. Jänner 2010 in Kraft getreten ist verpflichtet die nach diesem Gesetz zugelassenen Krankenhäuser zu folgenden Maßnahmen:

1. Verpflichtung, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern (§ 135a SGB V Abs. 2 Satz 1),
2. Verpflichtung zur Einrichtung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 135a SGB V Abs. 2 Satz 2),
3. Veröffentlichung eines im Abstand von 2 Jahren zu erstellenden strukturierten Qualitätsberichts im Internet (§ 137 SGB V Abs. 1 Nr. 6), u. a. mit dem Stand der einrichtungsübergreifenden Maßnahmen und des internen Qualitätsmanagements.

Die in den Methoden beschriebene Recherche über die Webseite des Deutsche Krankenhaus-Verzeichnisses (DKV) lieferte folgende Ergebnisse, die noch näher erläutert werden.

KH mit QMS	ISO 9001	KTQ	EFQM	JCI
869	421	320	127	1

Tabelle 8 Ergebnisse der Recherche über angewendete QM-Systeme in deutschen Krankenanstalten.

KH mit QMS	Krankenhäuser die QM-Systeme ISO 9001, KTQ, EFQM und JCI anwenden
------------	---

Aktuell gibt es laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 2.083 Krankenhäuser in Deutschland [66]. Die Qualitätsberichte werden alle zwei Jahre aktualisiert. Erstmals wurden die Qualitätsberichte im Jahr 2005 auf der Basis der Daten des Jahres 2004 erstellt, die zweite Auflage erfolgte im Jahr 2007 auf der Datenbasis des Jahres 2006. Zwischenzeitlich liegt der Qualitätsbericht in der dritten Generation auf der Basis der Daten des Jahres 2008 vor. Die genaue Zahl der veröffentlichten Qualitätsberichte ist nicht bekannt. Da aber seitens des

Gesetzgebers keine Verpflichtung für eine Zertifizierung, oder eine Vorschreibung für die Wahl eines bestimmten Qualitätsmanagementsystems vorliegt, können die Krankenhäuser auch eigene QM-Systeme entwickeln und umsetzen, wodurch sich eine Erklärung für die Differenz die sich aus der Gesamtzahl der Krankenhäusern und denen die ein die QM-System nach ISO 9001, KTQ, EFQM und JCI anwenden gäbe.

Die durch die zeitliche Differenz zwischen den veröffentlichten Qualitätsberichten und den aktuellen Daten entstehende Diskrepanz ist an den recherchierten Ergebnissen für KTQ QM-Modell bestens erkennbar. Die Anzahl der zertifizierten Krankenhäuser wird mit dem Stand 30. Juni 2010 mit 544 angegeben [115] was bedeutet, dass sich in den letzten zwei Jahren 224 Krankenhäuser in Deutschland, abzüglich der neun Krankenhäuser in Österreich, nach dem KTQ-Modell zertifizieren ließen.

Die Ergebnisse der stichprobenweisen Analyse der Inhalte der veröffentlichten Qualitätsberichte ergaben eine große, aber keine absolute Übereinstimmung mit dem Resultat der Verzeichnissuche. Das Beispiel dazu ist das Ergebnis der Suche nach dem JCI QM-Model, das sich nach der Analyse des Inhalts des Qualitätsberichts als falsch erwies; das Krankenhaus ist nach der ISO 9001 zertifiziert. Aufgrund dieser Ungenauigkeiten aus der Recherche über das Deutsche Krankenhaus-Verzeichnis, und der Dynamik der Zertifizierungen können die Ergebnisse dieser Recherche keine aussagekräftige Basis für eine Analyse bilden.

Im Laufe der hierarchischen Recherche über angewendete und umgesetzte Qualitätsmanagementsysteme in den deutschen Krankenhäusern wurden die aktuell verfügbaren Daten im Bericht „Gesundheit in Deutschland“ der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [86] gefunden.

Typ	Ziel der Anwendung	Schwerpunkt der Beurteilung	Hauptvorteile	In Deutschland Stand Jan. 2005
European Foundation for Quality Management (EFQM)	Selbstbewertung, Verpflichtungs-, Anerkennungs-Zertifikat, in selteneren Fällen Preisvergabe	Umfassende Messung der Unternehmensqualität in neun Kriteriengruppen	Umfassendes Abbild der Qualität und des Qualitätsmanagements als Teil des Unternehmensmanagements	Ca. 300 Krankenhäuser
DIN EN ISO Norm 9001: 2000	Erhalt eines Zertifikats	QM-System	Ausgebaute Infrastruktur für die Zertifizierung	Ca. 300 Krankenhäuser, 200 Praxen
Genuin-medizinische Zertifizierungsverfahren	Selbstbewertung oder Erhalt eines Zertifikats	Patientenversorgung aus der Sicht der Finanziers, Berufsgruppen und Patienten	Adaptation an Krankenhaus mit inhaltlichen Vorgaben für gute Qualität	JCI-A: 7 Krankenhäuser, KTQ + proCumCert: 160 Krankenhäuser
Audits durch Peers	Beratung der Einrichtung	Patientenversorgung aus Sicht der Berufsgruppen	Konkrete Vorschläge für Qualitätsverbesserungen	Pneumologie, Neurologie, Gynäkologie, Kardiologie, Innere Medizin, Chirurgie

Abbildung 22: Zahl und Modelle der angewendeten QM-Systeme in deutschem Gesundheitswesen 2005 [86]

Die Tabelle zeigt den Stand der Umsetzung der International erprobten und in Deutschland vorhandenen Ansätzen zur Bewertung oder Zertifizierung der medizinischen Versorgungseinrichtungen im Jahr 2005.

Hier gibt es keine Angaben über den Anwendungsgrad des EFQM QM-Modells, der einen Vergleich zu den Ergebnissen der Internetrecherche über die Webseiten der Zertifizierungsgesellschaften darstellen könnte. Im „Recognition Book 2008“ [148] bzw. „Recognition Book 2009“ [149] waren insgesamt 14 Krankenanstalten auf verschiedenen Stufen der Excellence aufgelistet.

Die genaue Zahl der Zertifizierten Krankenhäusern nach der ISO 9001 war zwischen den 2320 verzeichneten Zertifikaten bei der IQNET Database [99] durch die gemeinsame Auflistung der zertifizierten Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Scope EA/IAF 38 nicht festzustellen.

Auf der Homepage der Joint Commision International [104] sind vier Krankenhäuser als akkreditiert verzeichnet was im Vergleich zu den Daten aus 2005 ein Rückgang bei den Zertifizierungen nach diesem QM-Modell darstellt.

Das Qualitätsmanagementmodell der KTQ zeigt hingegen eine enorme Dynamik. Im Zeitraum vom 31.Mai 2010 bis 30. Juni 2010 wurden acht Krankenhäuser in Deutschland zertifiziert. Im Vergleich zu den Daten aus 2005 wurden im Zeitraum von fünf Jahren 375 Krankenhäuser nach diesem QM-Modell in Deutschland zertifiziert.

Ein Qualitätsmodell, als direkter Konkurrent des KTQ QM-Modells aus seiner Entstehungszeit ist das Qualitätsmodell Krankenhaus.

8.3.1.1 Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK)

Das Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK) ist aus einer gemeinsamen Initiative des AOK-Bundesverbandes mit den privaten Klinikbetreibern Asklepios und Helios hervorgegangen [32, 138,139]. Dabei fokussiert QMK auf Ergebnisqualität bei Behandlungen in der inneren Medizin durch die Analyse der häufigen Diagnosen (Tracer). Es werden die Daten der Ergebnisse der ganzen Behandlungskette gesammelt und untersucht. Die Prozess- und Strukturqualität werden nur insofern mit einbezogen, wie dies für die Ergebnisse relevant scheint. Dieser Ansatz sowie die Tatsache, dass nur ganze Krankenhäuser beurteilt werden können, haben dazu geführt, dass nach einer Pilotphase das Qualitätsmodell Krankenhaus

Verbreitung im Wesentlichen im Bereich von Kliniken der Asklepios und Helios Träger, kaum jedoch darüber hinaus gefunden hat. QMK wurde mit 2003 eingestellt, die meisten Kliniken der privaten Klinikbetreiber Asklepios und Helios verwenden heute KTQ als Qualitätsmanagementsystem [46].

8.3.2 Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich

Für die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung existiert in Deutschland aufgrund des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (§135a (2)) und der Qualitätsmanagement-Richtlinie für vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) seit dem 1. Januar 2006 die gesetzliche Verpflichtung, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Ob die Praxis sich an einem Qualitätsmanagementverfahren oder -modell orientiert (QEP, DIN EN ISO 9001, EPA, KPQM 2006, KTQ, EFQM) oder sich ein eigenes System aufbaut, ist nicht festgelegt. Auch eine Zertifizierung ist nicht vorgeschrieben.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Vertretung aller Ärzte, die Krankenkassenpatienten behandeln, hat deshalb in den letzten Jahren parallel zum DIN ISO-Modell ein eigenes Modell entwickelt, das sich an Qualitätsindikatoren anlehnt und Aspekte aus der EFQM berücksichtigt. Dieses Modell ist heute als Programm „Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP“ bekannt.

8.3.2.1 Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP

Dieses Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) [109] ist spezifisch für den niedergelassenen Bereich seit 2002 entwickelt und Ende 2004 für die Anwendung in Praxen zur Verfügung gestellt worden. Die KBV ist Träger und Entwickler von QEP und seinen verschiedenen Bausteinen (Qualitätsziel-Katalog kompakt, QEP-Einführungsseminare, QEP-Manual, Zertifizierungsverfahren für Praxen/Einrichtungen). Sie akkreditiert die Zertifizierungsstellen und die Visitoren und schließt mit diesen Rahmenvereinbarungen. Die KBV betreibt Weiterentwicklungen und Verfahrensanpassungen von QEP und führt dazu mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, KV-Mitarbeitern, Trainern, Visitoren und Zertifizierungsstellen Tagungen und Workshops durch.

Das QEP-Modell ist dreistufig aufgebaut und bietet für alle Stufen Unterstützungsmodule an. In der ersten Stufe wird das Praxispersonal geschult, es erfolgt eine checklistengestützte Status-quo-Bestimmung (Qualitätsziele und Kernziele) durch die Praxis. Im QEP-Qualitätszielkatalog werden die Qualitätsziele in den fünf Kapiteln zusammengefasst:

1. Patientenversorgung
2. Patientenrechte und Patientensicherheit
3. Mitarbeiter und Fortbildung
4. Praxisführung und Organisation
5. Qualitätsentwicklung

Die zweite Stufe befasst sich mit dem Aufbau des QM-Systems unter Zuhilfenahme zahlreicher Umsetzungsvorschläge und einer exemplarischen Dokumentation. Dabei wird ein QEP-Manual den die Praxen vom Ärzteverlag beziehen können für Hilfestellung benutzt. Das QEP-Manual enthält Dokumente, Vorlagen, Maßnahmenpläne und Selbstbewertungslisten die bei dem Aufbau des QEP- QM-Systems in der Praxis unterstützen sollen. In der dritten Stufe wird auf Wunsch die Bewertung des aufgebauten Managementsystems vorgenommen, zunächst durch eine über einen Fragenkatalog angeleitete Selbstbewertung. Nachdem die interne Selbstbewertung ergeben hat, dass alle anwendbaren Nachweise und Indikatoren der Kernziele des QEP-Qualitätsziel-Kataloges erfüllt sind, wird eine der zur Auswahl stehenden, akkreditierten Zertifizierungsstellen mit der Zertifizierung beauftragt. Die akkreditierten Zertifizierungsstellen sind nach einem Zulassungsverfahren von der KBV akkreditiert und berechtigt, nach dem QEP-Verfahren Praxiszertifizierungen durchzuführen. Bei ihnen obliegt die Entscheidung, ob ein Zertifikat vergeben wird. Sie schließen einen Zertifizierungsvertrag mit der Praxis, sind deren Ansprechpartner im Zertifizierungsverfahren und beauftragen den Visitor. Die akkreditierten Visitoren sind Ärzte, Psychotherapeuten oder andere Personen mit beruflicher Erfahrung aus dem ambulanten Gesundheitswesen. Sie sind nach der Teilnahme am Visitorentraining und den Qualifizierungsvisitationen von der KBV akkreditiert und berechtigt, nach dem QEP-Verfahren Praxisvisitationen durchzuführen.

Für die Zertifikaterteilung wurden sogenannte „Bestehensgrenzen“, die in Leitfaden für Praxen beschrieben sind, festgelegt. Deren Erfüllungsgrad wird vom Visitor im Bezug auf die variable Grundgesamtheit aller anwendbaren Nachweise und Indikatoren überprüft. Von dieser Überprüfung ausgehend bestehen für den Visitor drei Empfehlungsmöglichkeiten:

- der Visitor empfiehlt der Zertifizierungsstelle das QEP-Zertifikat zu erteilen,
- der Visitor empfiehlt der Zertifizierungsstelle das QEP-Zertifikat zu erteilen, wenn die von ihm festgelegten Nachweise/ Indikatoren in einem vorgegebenen Zeitrahmen erfüllt wurden,
- der Visitor empfiehlt der Zertifizierungsstelle das QEP-Zertifikat nicht zu erteilen.

Im Fall der Empfehlung des Visitors an die Zertifizierungsstelle das QEP-Zertifikat zu erteilen wird von der Zertifizierungsstelle ein Zertifikat mit dreijähriger Gültigkeitsdauer vergeben.



Organisation KBV / Zertifizierungsstellen / Visitoren

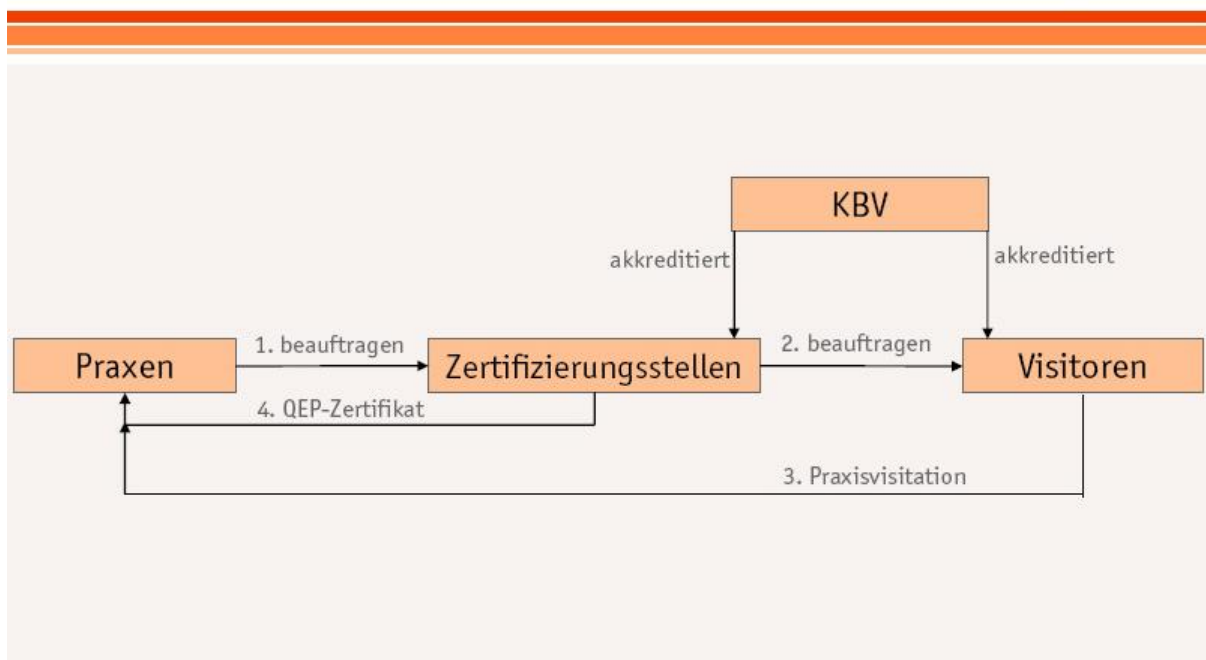


Abbildung 23: Zertifizierungsablauf und Akteure des QEP [108]

Laut der KVB lassen sich immer mehr Praxen und Medizinische Versorgungszentren, obwohl vom Gesetzgeber nicht ausdrücklich gefordert, nach der Einführung ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagement-Systems zertifizieren. Nach diesen Angaben haben 211 Praxen und Medizinische Versorgungszentren (Stand 30. Juni 2009) von der Gesamtzahl der 69194 Einzel- und 19528 Gemeinschaftspraxen (Stand 31.12.2009) [182] in Deutschland das QEP-Zertifizierungsverfahren erfolgreich durchlaufen [119].

8.3.2.2 Europäische Praxisassessment EPA

Das schon beschriebene QM-System Europäisches Praxisassessment (EPA) wird in Deutschland vom AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, ausgehend aus der Beteiligung an dem Pilotprojekt, angeboten. Praxen, die das EPA-Verfahren vollständig durchlaufen haben und festgelegte Kernanforderungen erfüllen, können ein Zertifikat durch die unabhängige, gemeinnützige Stiftung Praxissiegel e. V. erlangen. Bis 2009 haben über 1400 Arztpraxen ihr praxisinternes Qualitätsmanagement mit Hilfe von EPA aufgebaut [120]. Das Zertifikat ist drei Jahre gültig und kostet 100,00 € zzgl. MwSt. AQUA-Institut unterstützt die Praxen bei der Vorbereitung der Unterlagen zur Beantragung des Zertifikats [96].

8.3.2.3 Stiftung Praxissiegel e. V.

Die Bertelsmann Stiftung, als eine der größten privaten Stiftungen in Deutschland, und TOPAS Germany e. V., der europäisch abgestimmte Modelle zur Qualitätsförderung entwickelt, haben gemeinsam die Stiftung Praxissiegel e. V. als eine eigenständige, unabhängige und neutrale Institution für mehr Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen im Jahr 2004 gegründet.

Die Stiftung Praxissiegel e. V. hat seit 2004 insgesamt 1.515 Arztpraxen im Anschluss auf EPA (Stand 24.07.2010) zertifiziert:

- 1.207 Hausärzte
- 155 Zahnärzte
- 40 Kinder- und Jugendärzte
- 107 Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen
- 6 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Es wurden bereits 270 Zertifikate aufgrund einer Re-Zertifizierung vergeben [169].

QISA, ein Indikatorensystem im deutschen niedergelassenen Bereich, stellt kein Qualitätsmanagementsystem dar jedoch aufgrund der Anwendung und dem Verbreitungsgrad wird dieser Qualitätsansatz, als Ergebnis der Recherche hier beschrieben.

8.3.2.4 QISA Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) die Qualitätsindikatoren und das leitende System für die ambulante Versorgung in Form eines Handbuchs (QISA) erarbeitet [137]. Es beschreibt und begründet nicht nur eine Vielzahl von Messgrößen, sondern ermöglicht auch das systematische Erfassen der Qualität in der ambulanten Versorgung. Es ist das erste umfassende deutsche Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. QISA ist mit einem flexiblen und erweiterbaren Bestand an Einzelbänden konzipiert, die thematisch nach wichtigen Versorgungsbereichen und häufigen Krankheiten sortiert sind. Der Entwicklungsprozess erfolgt in einem mehrstufigen Verfahren, das sich auf Literatur, verfügbare Evidenz, und Expertenmeinungen aus Wissenschaft und Praxis stützt, und auf dessen Grundlage die Bände im Rahmen einer Reihe veröffentlicht werden

8.3.2.5 KPQM 2006 Kassenärztliche Vereinigung Praxis Qualitätsmanagementsystem

Das Qualitätsmanagementmodell KPQM 2006 (Kassenärztliche Vereinigung Praxis Qualitätsmanagementsystem) wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und PRINARUM GmbH für Ärzte und Psychotherapeuten entwickelt [112]. KPQM wird von (KVWL) als ein vertragsarztadaptiertes Qualitätsmanagementmodell, das Elemente der DIN EN ISO 9001:2000 und Forderungen des EFQM-Modells berücksichtigt und mit Aspekten eines prozessualen Disease-Managements verbindet bezeichnet. Es handelt sich um ein modulares, weiter entwicklungsfähiges Qualitätsmanagement-Konzept der die spezifischen Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, unter der Verwendung des PDCA-Zyklus, integriert.

KPQM bezieht sich neben den Prozessen der Praxisverwaltung auch auf medizinische Themen. Dabei beschränkt sich KPQM auf praxisrelevante Basismodule, nach deren Erarbeitung und Fixierung die Praxis eine Zertifizierung bekommen kann. Weitere Module können später bei Bedarf nachgerüstet werden. Laut KVWL war das Pilotprojekt in 20 Praxen in Westfalen-Lippe erfolgreich. Das KPQM Praxis-Qualitätsmanagement wurde als machbar, kostengünstig und effizient beurteilt.

Das KPQM- Modell definiert fünf grundlegende Kriterien:

1. Führung
2. Kundenorientierung
3. Prozessorientierung
4. Kontinuierliche Verbesserung
5. Dokumentation

Zum Nachweis grundlegender Qualitätsmanagement-Fähigkeiten müssen von der Vertragsarztpraxis in einem Audit mindestens zehn Kernprozesse durch Ablaufschemata (Flow-Charts) und Verfahrensanweisungen nachgewiesen werden. Dabei werden folgende Punkte bewertet:

1. Patienten (Diagnostik/Therapie)
2. Mitarbeiter-/Personalführung
3. Administration

Wegen der Orientierung an den Forderungen der EFQM und der DIN EN ISO 9001:2000 kann KPQM als Basis für eine ISO-Zertifizierung oder ein bewertetes EFQM-Assessment darstellen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVN) bietet für die ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen im Region Nordrhein, ähnlich wie die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), ein eigenes Qualitätsmanagementmodell an „qu.no“.

8.3.2.6 qu.no - Qualitätsmanagement Nordrhein

Das nordrheinische QM-System ist ein eigenständiges System, [147] wobei der Schwerpunkt auf der Prozessorientierung liegt. Bei qu.no handelt es sich um ein modulares, weiterentwicklungsfähiges QM-System. Die KVN weist darauf hin, dass es eine Möglichkeit der Erweiterung durch zusätzliche QM-Elemente anderer Systeme wie durch QEP, dem QM-System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung „Qualität und Entwicklung in Praxen“ gibt. Zum Nachweis des in der Vertragspraxis eingeführten Qualitätsmanagementsystems ist ein Qualitätsbericht erforderlich der die die Grundlage für ein qu.no Auditierungsverfahren bildet und folgende Grundbausteine beinhalten muss:

I. Aktueller Qualitätsbericht mit:

1. Beschreibung der Praxisstruktur (Selbstdarstellung und Organigramm)
2. Beschreibung der Grundsätze der Qualitätspolitik der Praxis mit grundlegenden allgemeinen (strategischen) Qualitätszielen
3. Nachweis des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses mit
 - jährlicher Definition konkreter operativer Einzel-Qualitätsziele mit Qualitätsindikatoren
 - jährlicher Rückschau unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Patientenbefragungen mit Beurteilung der Zielerreichung, der Wirksamkeit des QM-Systems und ggf. nötiger Änderungsmaßnahmen mit schriftlicher Darlegung

II. Darstellung von insgesamt mindestens 10 Praxisprozessen mit mindestens je 1 Prozess aus folgenden 3 Bereichen

1. Patienten (Diagnostik/Therapie)
 - verpflichtend: Notfallmanagement
2. Mitarbeiter - Personalführung
 - verpflichtend: regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen (bei Praxen mit Mitarbeitern)
3. allg. Praxismanagement/Administration
 - verpflichtend: Beschwerdemanagement
 - verpflichtend: Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung in Qualitätsmanagement - gerechter Form, d.h. durch Erstellen von
 - Ablaufschemata
 - Arbeitsanweisungen und
 - Bereitstellung der mit geltenden Unterlagen (z.B. in Form von Mustern, Kopien, bei Gerätegebrauchsanweisungen bitte auf Aufbewahrungsort verweisen, etc.) mit entsprechender Umsetzung im Praxisbetrieb unter Berücksichtigung der gültigen Gesetze und Normen.

Das Auditierungsverfahren ist zweistufig aufgebaut. Zunächst prüft ein so genannter Auditor, ob ein QM-System in der Praxis umgesetzt ist. Der Auditor ist im Auftrag eines Zertifizierers tätig und führt unter anderem eine Praxisbegehung (Vor-Ort-Audit) durch. Er ermittelt, bewertet und dokumentiert, inwieweit die Praxis die Kriterien für eine Zertifizierung nach qu.no erfüllt. Fällt die Bewertung positiv aus, erhält die Praxis das qu.no-Zertifikat. Das Zertifikat bescheinigt somit die Kenntnis grundlegender QM-Fähigkeiten in der Vertragsarzt- bzw. Psychotherapeutenpraxis.

1. Stufe „Dokumentenprüfung“

Die Vertragspraxis reicht einem von der KVN akkreditierten Zertifizierer den für eine Auditierung notwendigen qu.no-Qualitätsbericht zur „Dokumentenprüfung“ ein.

Das der Vertragspraxis mitzuteilende Ergebnis der „Dokumentenprüfung“ kann lauten:

- Vorgelegte Dokumentation ausreichend für eine Vor-Ort-Auditierung oder
- Vorgelegte Dokumentation muss für eine Vor-Ort-Validierung um folgende Aspekte ergänzt bzw. konkretisiert werden

2. Stufe „Vor-Ort-Auditierung“

Im Rahmen der qu.no-Systematik wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement im Rahmen eines vor-Ort-Audits verifiziert. Eine Auditierung vor Ort in der Vertragspraxis ist mit einem Aufwand von drei Stunden vorgesehen.

Die Auditoren unterliegen hinsichtlich der im Rahmen des Vor-Ort-Audits gewonnenen Erkenntnisse, der Schweigepflicht auch gegenüber der KVN.

Die Ergebnisse werden von den Auditoren in einem Audit-Abschlussbericht zusammengefasst und sowohl der Vertragspraxis als auch dem akkreditierten Zertifizierer übersandt. Von den Auditoren wird beurteilt ob:

- Forderungen der qu.no-Qualitätsmanagement-Systematik erfüllt sind oder
- Forderungen der qu.no-Qualitätsmanagement-Systematik in konkreten Punkten noch nicht ausreichend dargelegt sind,

Sofern grundlegende Qualitätsmanagement-Fähigkeiten gegenüber der akkreditierten Zertifizierungsgesellschaft nachgewiesen wurden, stellt diese der Vertragspraxis ein qu.no-

Zertifikat aus. Die KVN erhält eine Mitteilung über das ausgestellte Zertifikat mit Laufzeitangabe von drei Jahren.

Die Kosten für eine qu.no-Zertifizierung belaufen sich auf circa 700 Euro. Die qu.no-Zertifizierer sind Mitglieder im Deutschen Akkreditierungsrat (DAR).

Der modulare Aufbau der qu.no-Systematik ist auch auf Ärztenetze anwendbar. Ein Ärztenetz kann sich unter folgenden Voraussetzungen gemäß qu.no zertifizieren lassen:

- alle im Netz zusammengeschlossenen Vertragsarztpraxen sind schon einzeln nach qu.no zertifiziert
- jede dem Netz angehörende Vertragsarztpraxis hat neben zehn Praxisprozessen aus den Bereichen „Patienten (Diagnostik/Therapie)“, „Mitarbeiter – Personalführung“ und „Administration“ einen weiteren Praxisprozess, der seitens der Netzorganisation ein netzkoordinierender übergreifender Praxisprozess qualitätsmanagementgerecht dargestellt und in den Praxisablauf implementiert

8.3.2.7 KTQ für Praxen und MVZ

Seit 01. Oktober 2004 gibt es für die Praxen und medizinischen Versorgungszentren die Möglichkeit einer Zertifizierung nach dem KTQ QM-Model. Bei der Entwicklung des KTQ Verfahrens für die Praxen wurden die vorhandenen Erfahrungen aus dem KTQ Model für Krankenhäuser benutzt und für die Anwendung in den Praxen adaptiert. Basis des KTQ-Models für Praxen bildet eine Selbstbewertung anhand eines Handbuchs der kostenpflichtig bei der KTQ GmbH bezogen werden kann. Das Handbuch beinhaltet im Anhang eine CD-ROM die speziell für Praxen zugeschnittene Software, die „KTQ-Software = KTQ-PRAX“ enthält. Auf dieser CD-ROM befinden sich auch zahlreiche Checklisten und Leitfäden, die individuell angepasst werden können [114].

Die anschließende externe Bewertung durch einen KTQ-Visitor wird durch die Beurteilung anhand der 252 Fragen durchgeführt, die in sechs Kategorien zusammengefasst sind:

1. Patientenorientierung in der Praxis
2. Führung der Praxis
3. Mitarbeiterorientierung
4. Sicherheit in der Praxis
5. Informationswesen
6. Aufbau des Qualitätsmanagements in der Praxis

Die Kategorien sind in 44 Kriterien unterteilt. 24 Kriterien werden über Checklisten abgefragt, die übrigen 20 werden in detaillierten Unterfragen nach dem PDCA-Zyklus abgefragt.

Die Praxen bekommen ein Zertifikat wenn die Selbstbewertung mit den Erkenntnissen des KTQ-Visitoren übereinstimmt und 55% der KTQ-Gesamtpunkteanzahl, sowie 55% aus der ersten Kategorie erreicht werden. Das Zertifikat hat eine Gültigkeit von drei Jahren [11].

Aktuell sind 47 Praxen und medizinischen Versorgungszentren nach dem KTQ QM-Model zertifiziert. (Stand 30.Juni 2010) [115].

8.3.2.8 Zahnärztliches Praxis Management System (Z-PMS)

Z-PMS, Zahnärztliches Praxis Management System [183], ist ein eigenes, für Zahnarztpraxen spezifisches Qualitätsmanagementsystem, mit folgenden Zielen:

1. Selbstqualifikation des Zahnarztes und seines Teams
2. Abwehr von fremdgesteuerten, externen Auflagen
3. Vorteile für die Praxis durch sach- und praxisorientierte Umsetzungshilfen, nicht jedoch zusätzliche Vorschriften

Das Zahnärztliche Praxis Management System sieht keine Teilnahmeverpflichtung, zusätzliche Regelungen und Auflagen und keine Anbindung an Industrienormen vor. Die Kernansätze des Z-PMS sind:

1. Freiwilligkeit
2. eine Einstiegsschwelle, die möglichst vielen Praxen eine Teilnahme ermöglicht
3. "Hilfe zur Selbsthilfe"
4. bezieht sich auf Praxisorganisation und -management, nicht auf klinische Prozesse, Befundung und Therapie
5. Qualitätszirkel (Kompetenzzirkel) und Fortbildung sollen die Einführung unterstützen und fördern

Das Z-PMS ist ein dreistufiges System bestehend aus:

1. Rechtlichen Basisinformationen und Checklisten und Erläuterungen zur Umsetzung dieser Basisinformationen
2. Hilfen zur Dokumentation der organisatorischen Arbeitsabläufe einer Praxis, auch durch Checklisten

3. Bausteine für ein individuelles umfassendes systematisches Praxismanagement, Praxisleitbild

An der Entwicklung des Z-PMS waren neben den Mitgliedern des Ausschusses Qualitätssicherung der Bundeszahnärztekammer insbesondere Vertreter der Kammern Bremen, Hessen, Nordrhein, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe beteiligt. Das Z-PMS wird in verschiedenen Kammerbereichen umgesetzt, u.a. durch entsprechende Fortbildungsangebote als begleitende Maßnahme. Eine länderübergreifende Kammer-Kooperation bestehend aus den Zahnärztekammern Hessen, Niedersachsen, und Rheinland-Pfalz, hat das gemeinsame Onlineportal über inzwischen von Z-PMS in Z-QMS zur Betonung des Charakters als eigenes Qualitätsmanagementsystem umbenannten QM-Systems am 1. Oktober 2009 auf der Internetseite www.z-qms.de freigeschaltet.

8.3.3 Befragung der Praxen durch Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008

Mitte 2008 hat die KBV [110] die erste Stichprobenziehung nach § 7 Abs. 2 Satz 4 der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung zum Einführungs- und Entwicklungsstand des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in den Praxen ausgewertet. Die von den Qualitätsmanagementkommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen dokumentierten Ergebnisse wurden zusammengefasst und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellt. Es wurden 2,5 Prozent (3.226) zufällig ausgewählte Vertragsärzte und -psychotherapeuten befragt. Davon antworteten 89,8 Prozent (2.896) und legten schriftlich dar, in welcher Phase nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungswirtschaftliches Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) [154] sie sich befinden.

Die Ergebnisse der Stichprobe zeigen, dass sich 92,9% der befragten Praxen schon in den verschiedenen Phasen bei der Anwendung eines QM-Systems befinden, und nur 7,1% damit noch nicht begonnen haben. Im Hinblick auf die durch den G-BA gesetzte Frist für die abgeschlossene Einführung eines QM-Systems in den Praxen bis Ende 2009 wird aus den Ergebnissen ersichtlich, dass die Qualitätsmanagement-Richtlinie mit Erfolg bundesweit umgesetzt wird.

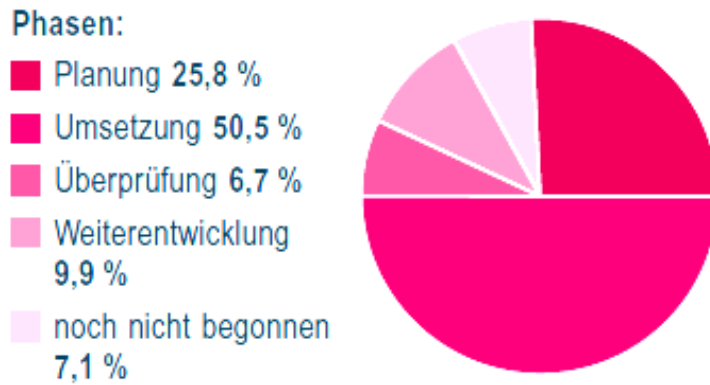


Abbildung 24: Ergebnisse der Stichprobenziehung über den Stand der QM-Phasen im niedergelassenen Bereich nach der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in Deutschland: 2007 [110]

Die freiwillige Angabe zur Wahl eines Qualitätsmanagement-Systems machten 1.757 Praxen. 36 Prozent der Praxen nannten QEP, gefolgt von DIN EN ISO 9001 mit 27,9 Prozent.

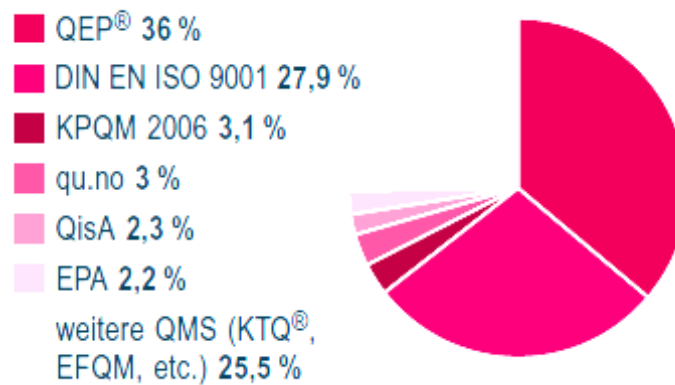


Abbildung 25: Ergebnisse der Stichprobenziehung/ freiwillige Angaben zum eingesetzten QM-Systemen im niedergelassenen Bereich Deutschland: 2007 [110]

Aktuellere Zahlen über die umgesetzten und zertifizierten Ordinationen in Deutschland sind von der Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht verfügbar. Die aus Stichprobenziehung gewonnenen Daten können aufgrund der prozentuell niedrigen Zahl der befragten Praxen (2,5%) nicht als repräsentativ für Deutschland angenommen werden. Die prozentuelle Zahl der Praxen die über die Wahl des Qualitätsmanagement-Systems eine Auskunft gegeben haben beträgt hochgerechnet gerade 1,361 % von der Gesamtzahl der Praxen in Deutschland. Auf Grund dieser Tatsachen, der zeitlichen Differenz zwischen der Datenerhebungen der KBV und der in dieser Diplomarbeit durchgeführten Recherche und der verschiedenen methodischen Ansätze bei der Datenerhebung ist ein Zahlenvergleich wenig sinnvoll.

8.3.4 Studie der Stiftung Gesundheit 2009

Eine Studie der Stiftung Gesundheit aus dem Jahr 2009 [142] in der eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte von der Gesellschaft für

Gesundheitsmarktanalyse in Zusammenarbeit mit dem TÜV SÜD durchgeführt wurde gibt aufgrund des gewählten Sampel eine bessere Darstellung über die Umsetzung eines bestimmten QM-Systems in den deutschen Praxen.

Das Ziel der Studie war den aktuellen Stand im Bereich QM in den Praxen abzufragen. Dazu wurden 17.500 Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten angeschrieben und um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Die Befragten wurde entsprechend der bundesweiten Grundgesamtheit aller niedergelassenen Ärzte nach den geografischen, demografischen und fachlichen Spezifika repräsentativ ausgewählt und angeschrieben, an einer internetbasierten Befragung teilzunehmen.

985 (5,6%) der Ärzte lieferten aussagekräftige Antworten. Der anschließende Vergleich zwischen Antwortenden und der Gesamtheit der Befragten zeigte ein hohes Maß an Repräsentativität im Bezug auf Geschlecht, Alter und Größe des Wohnorts, wobei eine deutlich niedrigere Antwortquote in der Verteilung von Respondern nach Region aus dem Osten erkennbar war. Die Frage nach dem Bekanntheitsgrad der wesentlichen QM-Systeme, wobei eine Mehrfachnennung möglich war, lieferte in der Abbildung 24 zusammengefasste Ergebnisse.

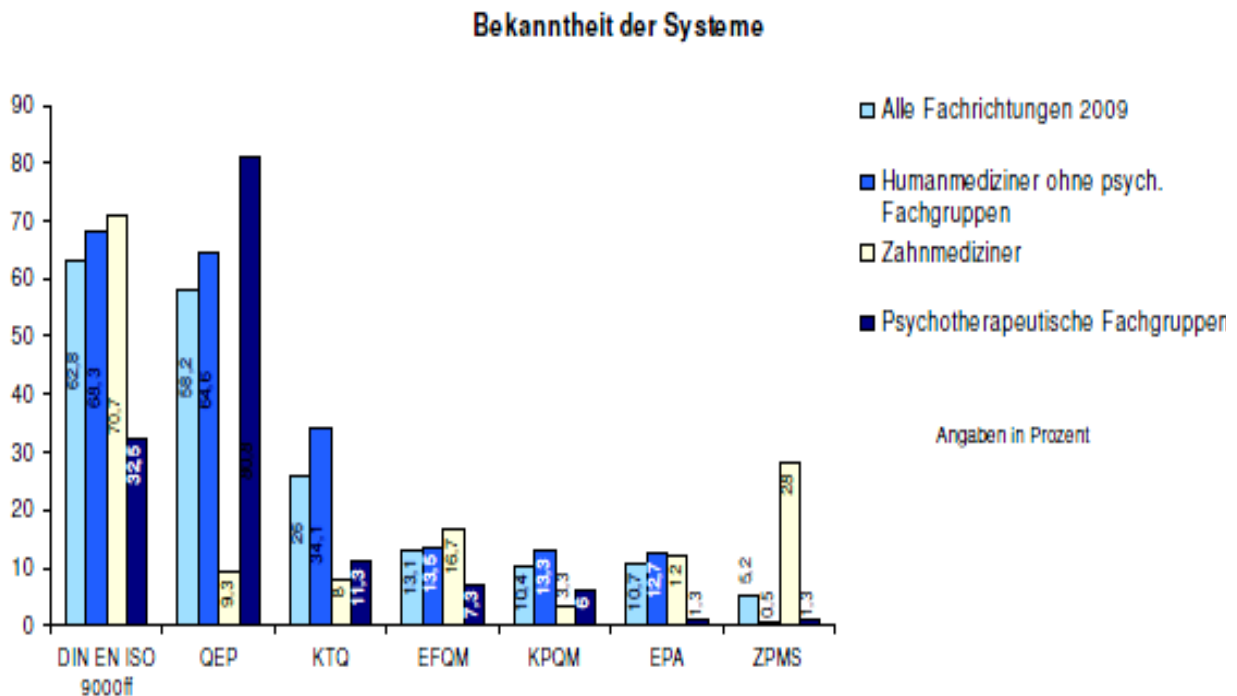


Abbildung 26: Ergebnisse der Frage nach dem Bekanntheitsgrad der QM-Systeme in Praxen in Deutschland: Stiftung Gesundheit, 2009 [142]

Aus den Ergebnissen der Befragung geht hervor, dass ISO Norm und QEP gegenüber anderen Qualitätsmanagementsystemen im ambulanten Sektor der medizinischen Versorgung in

Deutschland ein hohes Maß an Bekanntheit haben. Interessant ist der Vergleich zwischen dem QEP QM-Model und dem KTQ QM-Modell für den niedergelassenen Bereich. Beide stehen seit 2004 den Praxen als QM-Modelle für die Anwendung zur Verfügung, der Bekanntheitsgrad des QEP QM-Modells ist aber in der Gruppe der Humanmediziner fast doppelt so groß, als bei dem KTQ QM-Modell. Bei der Gruppe der Psychotherapeuten ist der QEP QM-Model mit 80,8 % um das siebenfache bekannter als KTQ QM-Modell mit 11,3%. Die Ergebnisse der Frage nach der Entscheidung der Ärzte für ein QM-System bestätigen den Erfolgsgrad des QEP QM-Modells, vor allem bei den Psychotherapeuten. Das speziell von der Bundeszahnärztekammer entwickelte QM-System Zahnärztliches Praxis Management System (Z-PMS) ist nach der ISO 9001 das bekannteste QM-System in dieser Fachgruppe.

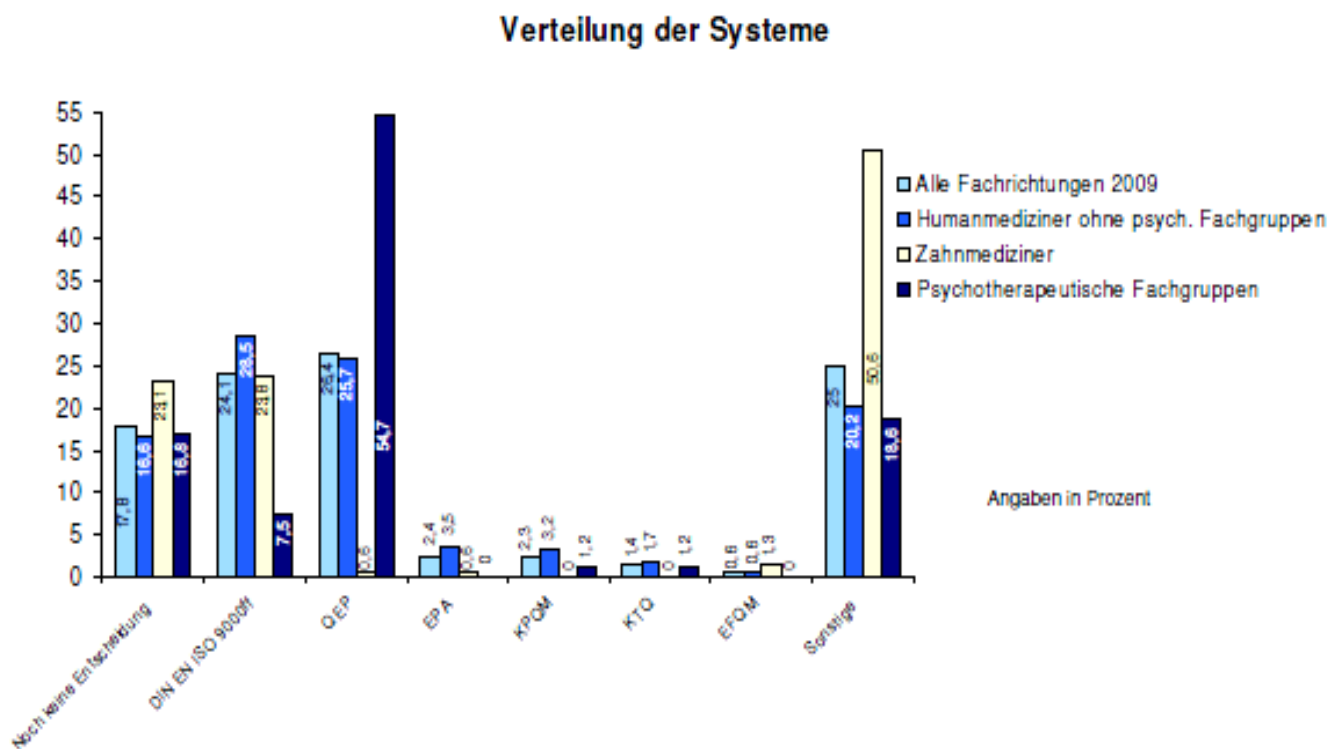


Abbildung 27: Ergebnisse der Frage nach verwendeten QM-Systemen in Praxen in Deutschland: Stiftung Gesundheit, 2009 [142]

Seitens der Stiftung Gesundheit wird noch vermerkt, dass die Zahnärzte aufgrund der gesetzlichen Regelungen ein Jahr länger Zeit als die Humanmediziner, bis sie ein QM-System nachweisen müssen (bis Ende 2010). Ein Fünftel bis ein Viertel der verschiedenen Gruppen der Niedergelassenen gab zum Zeitpunkt der Befragung an, sich noch nicht für ein QM-System entschieden zu haben. Die DIN EN ISO 9001 verlor bei den Zahnärzten ihren Anteil von 41,3% in 2008 auf 23,8% in 2009 [142]. Den Zuwachs verzeichnet bei den Zahnärzten die Vielzahl der weniger verbreiteten bzw. an die Zahnarztpraxis adaptierten Systeme wie Z-PMS. Insgesamt ist ein Trend hin zu medizin- bzw. sogar fachspezifischen QM-Systemen,

und weg von den QM-Systemen die ihren Ursprung in der Industrie haben zu beobachten. Die rund 40 anderen QM-Systeme in der Gruppe „Sonstige“, sowie ihre prozentuelle Anteile innerhalb dieser Gruppe werden von der Stiftung Gesundheit nicht namentlich genannt.

9 Zusammenfassung

„The issue of accreditation is political. Those involved in accreditation must reflect to the fact that it is a political issue.”

William Jacott, MD, Chair of the Board of Councillors of JCAHCO

Das Gesundheitswesen durchläuft zurzeit einen Wandel. Aufgrund der Zahl der Beschäftigten, dem steigenden Kostenanteil am BIP und den wachsenden Herausforderungen an das Gesamtsystem, bedingt durch die demographische Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten, beginnen alle Akteure im Gesundheitswesen nach neuen Ansätzen und Alternativen für die Lösung der bestehenden und zukünftigen Probleme zu suchen. Die bisherigen Reformen im Gesundheitswesen wurden ohne den umfassenden Einsatz des Qualitätsmanagements unternommen. Diese Ansätze finden erst seit den letzten 20 Jahren eine verstärkte Anwendung im Gesundheitswesen. Die geschichtliche Entwicklung der Gesundheitssysteme und die dadurch entstandene Strukturen prägen das Gesundheitswesen aller drei Länder und haben auch einen bedeutenden Einfluss auf die Verbreitung und Umsetzung der QM-Systeme in diesem Bereich. Ausgehend von den unterschiedlichen Vorgaben der Gesetzgeber in den drei Ländern sind auch die Ausbreitungsgrade der Qualitätsmanagementsysteme in den Gesundheitssystemen unterschiedlich. Die Vorgaben der Europäischen Union beschränken sich auf die Richtlinien für Medizinprodukte, Organtransplantation, sowie den Umgang mit menschlichen Blut und Gewebe, die von den drei Ländern auch durch entsprechende nationale Bestimmungen umgesetzt sind, und auch dementsprechend von den Krankenanstalten durch Zertifizierung der Labore implementiert werden.

9.1 Zusammenfassung Österreich

In Österreich gibt es keine gesetzliche Verpflichtung für die Einführung und Anwendung von bestimmten QM-Systemen. Die Ergebnisse der Recherche für Österreich weisen im Bezug auf die beiden anderen Länder einen niedrigeren Umsetzungsgrad der QM-Systeme im Gesundheitswesen. Im stationärem Bereich sind in Österreich 12,01% der Einrichtungen zertifiziert, in der Schweiz sind es 23,95% und in Deutschland 41,71%.

Die Aufteilung der Kompetenzen zwischen dem Bund und den Ländern macht eine bundeseinheitliche Umsetzung der Qualitätsmaßnahmen im stationären Bereich schwierig. Die politischen Entscheidungen im Gesundheitswesen, die wirtschaftliche Abhängigkeit der Krankenanstalten von den Trägerorganisationen, und ihre Entscheidungsgewalt im Bezug auf die Anwendung der QM-Systeme können als hemmende Faktoren betrachtet werden [23]. In den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark und Niederösterreich gibt es eine eindeutige Ausrichtung der Qualitätspolitik für das EFQM Qualitätsmanagementmodell, obwohl der „Level of Excellence“ mit nur drei Krankenanstalten die ein „Committed to Excellence“ Status haben gegenüber der 24 Krankenanstalten die eine Selbstbewertung durchgeführt haben niedrig ist. Der mögliche Grund für diese Entwicklung liegt im QM-Modell selbst aufgrund seiner Eigenschaften, da es keine Zertifizierung vorsieht und damit sich eher als Basis für eine aufzubauende nachhaltige Qualitätsentwicklung eignet, als die ISO QM-Normen, die für die Durchführung einer Zertifizierung auf eine vorhandene Qualitätsbasis voraussetzend aufbauen. In Tirol ist vom Träger der Krankenanstalten der KTQ QM-Modell für die Anwendung in den Krankenanstalten bestimmt. Das proCum Cert QM-Modell findet in der Kombination mit dem KTQ QM-Modell, vor allem auf Grund seiner spirituellen Komponenten, eine verstärkte Ausbreitung im Bereich der konfessionellen Einrichtungen, die in Österreich eine Pionierleistung bei der Umsetzung der QM-Systeme leisten. Von 16 zertifizierten Akutkrankenanstalten in Österreich sind sechs Akutkrankenanstalten der konfessionellen Träger. Diese Einrichtungen haben die Initiative ergriffen und sich Großteils in der Vinzenz Gruppe vereint, um an dem Gesundheitsmarkt die wachsenden Anforderungen zu bestehen. Das auf sie abgestimmte pCC QM-Modell und die interne Disziplin dieser Einrichtungen, machen sie derzeit im Vergleich zu den Qualitätsmaßnahmen anderer Krankenanstalten überlegen. Ein Anstieg bei der Zahl der Zertifizierungen nach dem KTQ und pCC QM-Modell wird auch durch die Möglichkeit einer Zertifizierung durch Quality Austria seit Beginn 2010 begünstigt.

Eine positive und nachhaltige Entwicklung der QM-Systeme in österreichischen Krankenanstalten stellen, als Beispiel, die hausinternen QM-Systeme in Krankenanstalten der AUVA dar. Hier war es möglich aus den Bemühungen der Basis und der Führung, und aufgrund der Vergleichbarkeit der Anstalten unter- und miteinander ein QM-System aus den täglichen Qualitätsanforderungen eines Krankenhausbetriebs zu entwickeln. Dieses QM-Model hätte eine Basis für die Entwicklung eines österreichischen Qualitätmanagementsystems bilden können, jedoch aufgrund der Beschränkung auf die AUVA Einrichtungen keine Verbreitung in anderen Krankenanstalten finden konnte. Es gibt diesbezüglich auch keine länder- oder trägergesellschaftenübergreifende Maßnahmen oder Organisationen die eine Entwicklung in diese Richtung darstellen könnten.

Im Vergleich zu Deutschland und Schweiz gibt es seitens der Akteure im niedergelassenen Bereich in Österreich, mit wenigen Ausnahmen, wenig Aktivitäten oder Interesse zur Entwicklung, Anwendung und Umsetzung der QM-Systeme. Die qualitätsfördernden Maßnahmen in diesem Bereich stellen vor allem Qualitätszirkel dar. Die Ergebnisse der von der ÖQMed bundesweit durchgeführten Evaluierung der österreichischen Praxen im Jahr 2008 bestätigen aber einen hohen Qualitätsstandard in Ordinationen.

Alle diese Faktoren können sowohl als Ursache, als auch die Folge für das Fehlen nationaler Qualitätsmanagementsysteme in Österreich betrachtet werden. Abgesehen von dem Europäischen Praxisassessment (EPA) gibt es keine österreichische Beteiligung an einem länderübergreifenden QM-System.

9.2 Zusammenfassung Schweiz

Der Schweizer Föderalismus und die Kompetenzteilung auf den Ebenen in der Gesundheitsversorgung prägen das Schweizer Gesundheitswesen, hindern aber die Entwicklung und Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme nicht. Das Gesundheitssystem, das laut OECD die drittgrößten Ausgaben der Welt aufweist, ist liberal und offen gegenüber neuen Ansätzen und Ideen, die sich auch in der Vielzahl der qualitätsfördernden Maßnahmen, Krankenversicherungsmöglichkeiten und alternativer Ansetze in der Gesundheitsversorgung, und deren Zusammenarbeit erkennen lässt.

Diese Liberalität wird vom Gesetzgeber durch die wenigen Kompetenzen die dem Bund obliegen durch richtig angesetzte Maßnahmen überwacht. Die Qualität der geleisteten Arbeit der Leistungserbringer ist gesetzlich an die Genehmigung der Verträge mit den Krankenkassen gebunden und ist ihr wesentlicher Bestandteil. Dieser Umstand führt beide Vertragsseiten zu einer intensiven Zusammenarbeit zwecks der Erfüllung der vertraglichen Qualitätsvorgaben. Die interkantonalen Organisationen innerhalb der beiden Gruppen sowie zwischen einander haben aufgrund des Subsidiaritätsprinzips eine positive Einwirkung auf die Entwicklung und Umsetzung verschiedener Qualitätsansätze, sowohl im stationärem, als auch im ambulanten Bereich. Dies wird auch durch die Anzahl der verliehenen Zertifikate in beiden Bereichen, 92 (23,95%) im stationärem und 444 im niedergelassenen, erkennbar.

Diese Bewegung wird auch von der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme durch ein breites Angebot an Zertifizierungsnormen- und Verfahren für beinahe alle Bereiche des Schweizer Gesundheitswesens begünstigt. Aufgrund eines breiten Angebots auch seitens der sanaCert gibt es auch keine Nachfrage nach dem deutschen KTQ QM-Model.

9.3 Zusammenfassung Deutschland

In Deutschland ist, bedingt durch die letzten Reformen die mehr Wettbewerb zwischen den Akteuren im Gesundheitssektor bewirken sollten, auch eine Umkehr von den bisherigen kostendämpfenden Ansätzen erkennbar. Durch die gesetzlichen Vorgaben für die Einführung der internen QM-Systeme und den externen Vergleich, im ambulanten und stationärem Bereich, werden die Leistungserbringer gezwungen sich für ein QM-Model zu entscheiden oder selbst ein zu entwickeln und umzusetzen. Dies wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft früh erkannt. Die Lösung des QM-Problems war die Entwicklung und Einführung eigener QM-Modelle, die mittlerweile auch im Ausland große Beliebtheit finden. Zwischen den beiden Verbänden gibt es, bedingt durch die geschichtliche Entwicklung, auch im Bezug auf den Praxen-Markt den Kampf um Prestige.

Das QEP QM-Model ist von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung exakt auf die im Gesetz vorgegebene Punkte angepasst. Außerdem bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen umfassenden Service der über Schulungen und Weiterbildungsseminare bis zur Möglichkeit einer prestigebringenden, gesetzlich aber nicht vorgeschriebenen, Zertifizierung bietet, „von Ärzten, für Ärzte“, weshalb sich dieses QM-Model auch den durchgeführten Umfragen zu Folge einer großer Beliebtheit bei den niedergelassenen Ärzten erfreut.

Das KTQ QM-Model, das durch die Mitarbeit der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Entwicklungsphase geprägt wurde, zeigt eine dynamische Verbreitung auf dem QM-Markt der stationären Einrichtungen. Da das Model auf der Basis des QM-Systems für medizinische Einrichtungen der Joint Commision International aufgebaut wurde, und eine Adaptierung für deutsche Krankenhäuser in Pilotprojekten durchlief, zeigt es auch auf diesem Sektor ein großes Entwicklungspotential das sich auch an den 544 verliehenen Zertifikaten erkennen lässt. Die Möglichkeit der Zertifizierung für Praxen und Rehabilitationseinrichtungen runden das KTQ Angebot ab, und machen das QM-Model zu einem potentiellen deutschlandweitem, sektorenübergreifenden Anbieter und Exporteur der Leistungen in der QM-Branche.

Allgemein ist bei allen QM-Modellen, sowohl bei denen die ihre Wurzeln in der Industrie haben, als auch bei denen die für die Einrichtungen des Gesundheitssektors entwickelt wurden, der prozessorientierte Ansatz der in Verbindung mit dem Faktor Patient unter der Verwendung des Deming-Wheels als die Basis vorhanden. Als Beispiel für den Misserfolg bei den anderen Ansätzen kann hier das Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK), das einen Ergebnis orientierten Ansatz verfolgte, aufgezeigt werden.

10 Schlussfolgerung

Die Gesundheitssysteme von Österreich, Schweiz und Deutschland weisen bedingt durch ihre Entwicklung und gesetzliche Vorgaben unterschiedliche Strukturen auf. Die Ansätze für die Einführung der in der Industrie erprobten Qualitätsmaßnahmen in die Gesundheitssysteme erfolgten zögerlich und wurden auf einzelne Bereiche begrenzt. Das Fehlen von Qualitätsmodellen für das Gesundheitswesen bewegte vor allem die Leistungserbringer und ihre Verbände selbst nach geeigneten Qualitätsmanagementmodellen zu suchen oder sie zu entwickeln. Die Ausprägung dieser Qualitätsinitiativen ist, bedingt durch politische und gesetzliche Einflüsse, in den drei Ländern unterschiedlich.

In Österreich ist trotz des seit fünf Jahren geltenden Gesundheitsqualitätsgesetzes durch welches die Entwicklung eines „gesamtösterreichischen Qualitätssystems“ [70], in dessen Rahmen kein bestimmtes „systemisches Qualitätsmanagementsystem/-model“ verbindlich eingeführt wird, keine signifikante Bewegung in Richtung Qualitätsmanagement im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz erkennbar.

Das Schweizer Gesundheitssystem hat seine prägenden Eigenschaften die einen positiven Einfluss auf die Qualitätsinitiativen in allen Bereichen ausüben. Die Entwicklung, Umsetzung und Anwendung der verschiedenen Qualitätsmaßnahmen und Qualitätsmanagementsysteme ist nicht vorgeschrieben, aber in allen Bereichen des Gesundheitswesens bemerkbar.

Deutschland führt eine strikte Qualitätspolitik im Gesundheitswesen die mittlerweile in allen Bereichen durch geeignete, verordnete Maßnahmen auch wirken. Der Wettbewerbsaspekt im Gesundheitswesen wirkte sich in letzten Jahren positiv auf die Qualitätsentwicklung aus. Dieser Fortschritt ist auch durch die Entwicklung eigener Qualitätsmanagementsysteme ersichtlich.

11 Literatur

- [1] Achtermann, W., Berset, C.: Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2006
- [2] Arbeitsgruppe Qualität der FMH (AGQ-FMH): Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung. Schweizerische Ärztezeitung 2008;89:20: 838-844
- [3] Amlacher, G., Haas, M., Schantl, W, Hager-Wiesinger, E.: Patient Krankenhaus. Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ; 51. Jg. (2010), 06 9-11
- [4] Berchtold, P., Peier, K., Peier, C.; Ärztenetze in der Schweiz 2010: Starkes Wachstum. Forum Care Management 2010;3 Nr.3 45-46
- [5] Buchli, A.: Quali-med.net-Indikatorenset für Ärztenetzwerke. PrimaryCare 2005;5: Nr. 45 935-937
- [6] Busse R, Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, (2005).
- [7] Busse, R., Schreyogg, J., Tiemann, O.: Management im Gesundheitswesen. Heidelberg. Springer Medizin Verlag (2010).
- [8] DeBakey, M.E.: The role of government in health care: a societal issue. The American Journal of Surgery 191 (2006) 145–157
- [9] DIN EN ISO 9001:2008. 2008 ON Österreichisches Normungsinstitut. Wien (2008)
- [10] Ernst, M., Staudinger, C., Flatz, T., Öhlinger, R.: Quality Works-Fallbeispiele gelungener Umsetzungen von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Gesundheitswesen. Wien, Verlag Österreich (1999).
- [11] Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., Wagner, B.: Qualitätsmanagement & Zertifizierung-Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen. Heidelberg. Springer Medizin Verlag (2009).
- [12] Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, (2004).
- [13] Geraedts, M., Busse,R., Jäckel, W.H., Klemperer, D., SusanneMauersberg, S., Sauerland, D., Volbracht, E., Schwenk, U.: Wie rückt Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung? Ergebnisse einer Delphi-und Akteurbefragung. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZaeFQ) 104 (2010) 120–131

- [14] Grol, R., Dautzenberg, M., Brinkmann, H.: Quality Management in Primary Care - European Practice Assessment. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung. (2004)
- [15] Güntert, B.: Die Rolle des Managements im Gesundheitswesen. Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ) 101 (2007) 407–411
- [16] Hauke, E.: Aspekte zur ökonomischen Verantwortung im Gesundheitswesen. Z.ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ) 101 (2007) 413–418
- [17] Health care systems in transition: Switzerland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, (2000).
- [18] Hofmarcher M, Rack HM. Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, (2006).
- [19] Hofmarcher, M., Riedel, M., Röhrling, G.: Ressourcenverbrauch in der EU: „Wachstumspillen“ für die Gesundheitsausgaben. HEALTH SYSTEM WATCH 2/2003 (2003) 13-15
- [20] Huber, E.: Gesundheitsreform als Gesundheitssystementwicklung. Z.ärztl.Fortbild. Qual.Gesundh.wes. (ZaeFQ) 101 (2007) 397-406
- [21] Kocher,G., Oggier, W.: Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009-Eine aktuelle Übersicht. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, Verlag Hans Huber (2007)
- [22] Korosec, I., Pichlbauer, E.: Gesunde Zukunft- Österreichs Gesundheitsversorgung Neu. Wien, Edition Steinbauer (2007)
- [23] Laimböck, M.: Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems- Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich. Wien-New York, Springer-Verlag (2009)
- [24] Lelgemann, M., Antes, G., Wieseler, B.: Falsche Gelassenheit. Z.ärztl.Evid.Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 104 (2010) 281–283
- [25] Moseley, L.,: After Flexner: The Challenge. JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION VOL. 98, NO. 9, SEPTEMBER 2006. 1430-1431
- [26] Obermann, K., Müller, P.: Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2007-Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Urologe 2007 · 46:851–863
- [27] Offermanns, G.:Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen: Gegen oder für Patienten? Public HealthForum17 Heft 64 (2009) 7.e1-7.e4
- [28] Piechotta, B.: Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Heidelberg, Springer Medizin Verlag (2008).

- [29] Pferzinger, M.: Zur Lage der Nation: Medizinische Leitlinien in Österreich. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh. wes. (ZaeFQ) (2009) 542-546
- [30] Reis-Steinert, K.: Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte soll weiter erhöht werden. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wes. 104 (2010) 132–137
- [31] Rothenbühler, M.: Stiftung sanaCERT Suisse. Schweizerische Ärztezeitung | Bulletin des médecins suisses | Bollettino dei medici svizzeri | 2009; 90: 24 943
- [32] Schneeweiss S, Eichenlaub A, Schellschmidt H, Wildner M: Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK): Ergebnismessung in der stationären Versorgung. WIdO, Bonn, 2003;
- [33] Schneider, A., Szecsenyi, J.: Disease-Management-Programme – Chance oder Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität? Z. Allg. Med. (2002); 78: 393–397
- [34] Selbmann, H-K., Weidringer, J.W.: Management der Qualität oder Qualität des Managements. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wes. (ZEFQ) 10.1016/j.zefq.(2009). 205-210
- [35] Selbmann, H-K.: Bewertung und Zertifizierung von Akut-Krankenhäusern in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2 (2004) 103-110
- [36] Schmitz, H.: Wie findet der Patient das richtige Krankenhaus im Internet? f&w 2/2000 17. Jahrg. 142-143
- [37] Simon, M.: Das Gesundheitssystem in Deutschland-Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, Verlag Hans Huber (2005)
- [38] Thüsing, C.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus Relevanz von KTQ. Med Klin 2005;100:149–53
- [39] Vagts, D.A., Bauer, M., Martin, J.: (Un-)Sinn von Zertifizierung in der Intensivmedizin. Anaesthesist 2009 · 58:81–87
- [40] v. Troschke, J./Mühlbacher, A.: Grundwissen: Gesundheitsökonomie-Gesundheitssystem-Öffentliche Gesundheitspflege. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, Verlag Hans Huber (2005)
- [41] Weiler, T., Hoffman, R., Strehlau-Schwoll, H.: Qualitätsmanagement und Zertifizierung Prozessoptimierung im Krankenhaus. Unfallchirurg 2003 · 106:692–697
- [42] WHO Regional Office for Europe: Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme.(2009)
- [43] Wischet, W., Eitzinger, C.: Qualitätsmanagement und Sicherheitskultur in der Medizin: Kontext und Konzepte. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wes. (ZEFQ) (2009). 530-535

11.1 Internetadressen

- [44] Alsen, H., Sobhani, B., Kersting, T.: Qualität der Versorgung bestimmt Zukunft der Krankenhäuser-Zertifizierung nach amerikanischen JCIA Standards.
<http://p13927.typo3server.info/uploads/media/20030401qualitaet.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [45] Amtliches Bulletin am 11.06.2010 Stellung; Schweiz
http://www.parlament.ch/D/Suche/Seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20103210 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [46] Asklepios Kliniken; http://www.asklepios.com/A_KTO_Zertifizierungen.Asklepios zuletzt besucht am 22.07.2010
- [47] Aqua Sektorübergreifende Qualitätssicherung; <http://www.sqg.de/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [48] BAG KVG, KVV <http://www.admin.ch/ch/d/sr/83.html#832.1> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [49] Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. 2008
<http://www.kages.at/cms/beitrag/10170471/5058571/?qu=> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [50] Beziehungen der Europäischen Union zu Schweiz im Bereich Gesundheitswesen
<http://www.europa.admin.ch/themen/00500/index.html?lang=de> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [51] BGBL:801. Bundesgesetzblatt-1. KukG
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_801_0/1993_801_0.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [52] BMG-DE
http://www.bmg.bund.de/nn_1192806/DE/Ministerium/Geschaeftsbereich/geschaeftsbereich.html zuletzt besucht am 22.07.2010
- [53] BGM Rösler: Interview Gesundheitsreform 2010 ORF
<http://oe1.orf.at/artikel/248884>
<http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,704919,00.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [54] Bundesgesetzblatt-Online
<http://www.bmg.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Reform-im->

- [_C3_9Cberblick_Powerpoint-Vortrag-Gesundheitsreform-im-
_C3_9Cberblick,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Reform-im-
%C3%9Cberblick_Powerpoint-Vortrag-Gesundheitsreform-im-%C3%9Cberblick.pdf](#)
zuletzt besucht am 22.07.2010
- [55] Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG): BGBl. Nr. 1/1957
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1957_1_0/1957_1_0.pdf zuletzt besucht
am 22.07.2010
- [56] Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (GQG - 2005), BGBl. I.
Nr.179/2004;
<http://www.goeg.at/media/download/Gesundheitsqualitaetsgesetz2005.pdf> zuletzt
besucht am 22.07.2009 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [57] Bundesministerium für Gesundheit Österreich <http://www.bmg.gv.at/cms/site> zuletzt
besucht am 22.07.2010
- [58] Bureau Veritas Certification AG;
http://www.bureauveritas.ch/wps/wcm/connect/bv_ch/Local/Home/bv_com_serviceSheetDetails?serviceSheetId=9686&serviceSheetName=2+Q++Qualit%25C3%25A4t+%2526+Qualifikation zuletzt besucht am 22.07.2010
- [59] Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H. (KRAGES)
[http://www.krages.co.at/suche.html?tx_indexedsearch\[sword\]=qualit%C3%A4tsmanagement&x=7&y=8](http://www.krages.co.at/suche.html?tx_indexedsearch[sword]=qualit%C3%A4tsmanagement&x=7&y=8) zuletzt besucht am 22.07.2010
- [60] Bundesamt für Gesundheit BAG <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=de> zuletzt
besucht am 22.07.2010
- [61] Das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis;
<http://dkg.promato.de/runtime/cms.run/doc/Deutsch/5/proxy/dkv/search/reset.html>
zuletzt besucht am 22.07.2009 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [62] Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
<http://www.dimdi.de/static/de/dimdi/dd/index.htm> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [63] Das österreichische Gesundheitssystem
<http://www.wien.gv.at/who/gb/98/pdf/system.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [64] Das schweizerische Gesundheitswesen Bundesamt für Gesundheit (BAG)
http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHeYN8f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- zuletzt besucht am 22.07.2010

- [65] Der Schweizerische Bundesstaat <http://www.admin.ch/org/polit/index.html?lang=de> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [66] Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG);
http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/23/aid/2/title/Aufgaben_und_Ziele zuletzt besucht am 22.07.2010
- [67] Die grundlegenden Merkmale von Dienstleistungen im Krankenhaus nach Gorschluter
<http://www.ratioserv.com/res/files/thesis/Zusammenfassung.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [68] die-gesundheitsreform.de;
http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1210508/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossarbereich-Gesundheitsreform.html zuletzt besucht am 22.07.2009 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [69] Doneabedian: Evaluating the Quality of Medical Care
<http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [70] Erläuterungen zum Gesundheitsqualitätsgesetz 2005 Österreich
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/3/4/1/CH0703/CMS1043931577060/pdf/erlaeuterungen_gesundheitsqualitaetsgesetz.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [71] European Foundation for Quality Management (EFQM) <http://www.efqm.org/en/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [72] Entstehung KTQ-QM
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=12531> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [73] EPA http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_12833_12834_2.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [74] EPA <http://www.europaeisches-praxisassessment.de/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [75] EQUAM Stiftung; <http://www.equam.org/content.php?equam-1-5> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [76] Europäische Praxisassessment (EPA) Deutschland/Stand 2009; <http://www.aqua-institut.de/de/projekte/qualitaetssicherung-int./umsetzung-von-epa.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [77] EUROPEP- Patientenbefragung; <http://patientenbefragungen.aqua-institut.de/> zuletzt besucht am 22.07.2010

- [78] FMH Jahresbericht http://www.fmh.ch/files/pdf4/FMH_GB_2009_D.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [79] GBA-Homepage <http://www.g-ba.de/institution/struktur/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [80] Genehmigung der Verordnung am 12.01.2006 durch BM Rauch-Kallat
<http://www.oeqmed.at/index.php?id=1> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [81] Gemeinsamer Bundesausschuss <http://www.g-ba.de/> zuletzt besucht am 22.07.2009
- [82] Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH“ (SALK)
<http://www.salk.at/182.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [83] Gesetzesnovelle2010: Pressemitteilung: BM Alois Stöger am 09. Juli 2010
http://www.bmg.gv.at/cms/site/news_detail.html?channel=CH0525&doc=CMS1278926768075 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [84] Ges.Reform2007_D BMG <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [85] Gesundheit auf einen Blick 2009 <http://www.oecd.org/dataoecd/14/25/39001223.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [86] Gesundheit in Deutschland - Gesundheitsberichterstattung des Bundes http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D zuletzt besucht am 22.07.2010
- [87] GESPAG; Geschäftsbericht 2009
http://www.gespag.at/media_presse/uploadExtern/Geschaeftsbericht/17615b6e0517bc4e5601562fc2b16e11.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [88] Gesundheit Österreich GmbH <http://www.goeg.at/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [89] Grundlagenpapier der Arbeitsgruppe Qualität der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte AGQ-FMH;
http://www.fmh.ch/files/pdf4/Grundlagenpapier_Qualitaetsmessung_Zertifizierung_D.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [90] GQG-GesundheitsQualitätsGesetz 2005 Österreich
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [91] Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=6&p_menuid=961&action=2 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [92] Hauke QM <http://www.forumq.at/images/stories/forumq/Zertifizierungsmodell.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010

- [93] H+ Die Spitäler der Schweiz;
<http://www.hplusqualite.ch/spitalsuche/suchmethode/suche-nach-behandlungswunsch.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [94] H+Jahresbuch 2008;
http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Jahresberichte/archiv_de/JB_08_dt.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [95] H+ Suchportal Kliniken <http://www.hplusqualite.ch/spitalsuche/ergebnisse-ihrer-suche/>
zuletzt besucht am 22.07.2010
- [96] Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen AQUA
<http://www.aqua-institut.de/de/home/index.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [97] Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen „Swisspep“:Liste zertifizierter Praxen; <http://www.swisspep.ch/information-zur-aerztlichen-versorgungsqualitaet-in-der-schweiz/versorgungsqualitaet-4.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [98] Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG
<http://www.iqwig.de/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [99] IQNET Database of Registered Organisations; <http://www.iqnet-certification.com/index.php?page=dbregorg&liv1=1&liv2=&liv3=> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [100] JCI ACCREDITATION STANDARDS FOR HOSPITALS Third Edition
http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/Standards_Only-Hosp_3rd_ed.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [101] Jeder bekommt alles, und zwar sofort!
<http://cms.arztnoe.at/cms/beitrag/1007132/106413/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [102] JCI Standards <http://p13927.typo3server.info/uploads/media/20030401qualitaet.pdf>
zuletzt besucht am 22.07.2009
- [103] Joint Commission International Accreditation- Handbücher
<http://www.jointcommissioninternational.org/Products-and-Services/Accreditation-Manuals-Home/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [104] Joint Commission International Accreditation;
<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [105] Joint Commission International Accreditation-Geschichte
http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm zuletzt besucht am 22.07.2010

- [106] KABEG; <http://www.kabeg.at/354+M54a708de802.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [107] Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus;
http://www.kh-schwarzach.at/index_html?sc=225925721 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [108] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); <http://www.kbv.de/index.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [109] KBV QEP <http://www.kbv.de/qep/qep.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [110] KBV-Qualitätsbericht Ausgabe 2009; <http://www.kbv.de/6793.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [111] KBV Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung 2009
http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/gb_qsqm/qs_versorgung.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [112] KPQM 2006 (KV Praxis Qualitätsmanagement); <http://www.prinarum.de/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [113] Konsortium TOPAS\./Schweiz; <http://www.swisspep.ch/partner.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [114] KTQ <http://www.ktq.de/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [115] KTQ GmbH; <http://www.ktq.de/Zertifizierte-Einrichtungen.46.0.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [116] KTQ Gründung <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=12531> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [117] KTQ Neuerung Reha <http://www.ktq.de/fileadmin/media/Newsletter/KTQ-Newsletter0610.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [118] KVG <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [119] Liste der QEP-zertifizierten Ärzte 2009_DE
<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=094d5fb1be3a837ae852eb80928c251e&DocId=003752767&Page=1> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [120] Liste der Zertifizierten Praxen-EPA-Deutschland;
http://www.praxissiegel.de/fileadmin/pdf/Listen_zertifizierter_Praxen/Websiteliste_Praxen-MVZ_100720.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [121] Maastichter Vertrag 1992/ Artikel 3 VERTRAG ÜBER DIE EUROPÄISCHE UNION
Amtsblatt Nr. C 191 vom 29. Juli 1992

- <http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [122] Managed Care: http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw08_2d.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [123] Managed Care Terminology; <http://aspe.hhs.gov/Progsys/forum/mcobib.htm> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [124] Medswiss.net; quali-med-net; <http://www.medswiss.net/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [125] Metaleitlinie ÖBIG-Österreich
http://www.goeg.at/media/download/Metaleitlinie_Konsultationsfassung.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [126] Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)
<http://www.anq.ch/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [127] NÖ Landeskliniken-Holding; <http://www.holding.lknoe.at/presse/aktuelle-meldungen/wiener-neustadt/pa-wiener-neustadt-qualitaetsmanagement.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [128] Normative Grundlage für die Zertifizierung Manual für die Selbst- und Fremdbewertung Version 16/2010“ 11. Mai 2010;sanaCert;
http://www.sanacert.ch/pdf/2010.05.11_Manual_fuer_die_Selbst-und_Fremdbewertung_Version_16-2010.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [129] OECD-Gesundheitsdaten 2010 Deutschland im Vergleich
<http://www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [130] OECD-Gesundheitsdaten 2009: Die Schweiz im Vergleich
http://www.oecd.org/document/31/0,3343,de_34968570_35008930_43748447_1_1_1_1,00.html zuletzt besucht am 22.07.2010
- [131] Organspenderrichtlinie EU 29.06.
http://www.bmg.bund.de/cln_160/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm-29-06-2010-organspende,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pm-29-06-2010-organspende.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [132] Österreichischer Bibliothekenverbund Gesamtkatalog http://aleph20-prod-acc.obvsg.at/F?CON_LNG=ger&func=file&file_name=start&local_base=acc01 zuletzt besucht am 22.07.2010

- [133] Österreichischer Rehabilitationskompass
<http://rehakompass.oebig.at/Suche/Default.aspx> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [134] pCC Dienstleistungen
http://www.procumcert.de/fileadmin/user_upload/pCC_Dienstleistungen/117_pCC-Dienstleistungen.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [135] Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus Wien; <http://www.rudolfinerhaus.at/de/das-rudolfinerhaus/privatklinik-mit-erstklassiger-pflege/qualitaetssicherung.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [136] Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=de> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [137] QISA im Praxiseinsatz; <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/index.html> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [138] [QMK - Das Qualitätsmodell Krankenhaus](#) zuletzt besucht am 22.07.2010
- [139] QMK: Seite seit 2003 nicht in Verwendung <http://www.qmk-online.de/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [140] Qualität im Gesundheitswesen– definiert oder evaluiert?;
http://www.welldone.at/welldone_deb/upload/2732_5895%20TG%20Nachlese%2013.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [141] Qualitätsbericht der Evaluierung der Ärzte in Österreich 2008
http://www.oeqmed.at/fileadmin/Downloads/WEB_OEQMed_Bericht.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [142] Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis 2009; http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/studie_QM_2009.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [143] Qualitätsmanagement in den Einrichtungen der AUVA;
http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=60057&p_tabid=6 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [144] QuaTheDA; <http://www.quatheda.ch/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [145] Quality Austria KTQ http://www.qualityaustria.com/uploads/media/KTQ_de.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [146] Quality Austria - Trainings, Zertifizierungs und Begutachtungs GmbH;
<http://www.qualityaustria.com/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [147] qu.no; <http://www.kvno.de/40ueberUns/download/index.html> zuletzt besucht am 22.07.2010

- [148] Recognition Book 2008; EFQM
<http://www.efqm.org/en/PdfResources/Recognition%20Book%202008.pdf> zuletzt
besucht am 22.07.2010
- [149] Recognition Book 2009; EFQM
<http://www.efqm.org/en/PdfResources/Recognition%20Book%202009.pdf> zuletzt
besucht am 22.07.2010
- [150] Reformen Schweiz und Deutschland 1997
<http://www.wien.gv.at/who/gb/98/pdf/system.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2009 zuletzt
besucht am 22.07.2010
- [151] RECHNUNGSHOFBERICHT REIHE BUND 2010/5 Vorlage vom 15. April 2010
[http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/aktuelles/presse/kurzfassung
en/bund/Kurzfassung_Bund_2010_05.pdf](http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/2010/aktuelles/presse/kurzfassung/en/bund/Kurzfassung_Bund_2010_05.pdf) zuletzt besucht am 22.07.2010
- [152] Richtlinien und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses [http://www.g-
ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/richtlinien/](http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/richtlinien/) zuletzt besucht
am 22.07.2010
- [153] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. §
135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V
zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in
Krankenhäusern – QSKH-RL) [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-415/Vb-QS-
Kh_2009-12-17.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-415/Vb-QS-Kh_2009-12-17.pdf) zuletzt besucht am 22.07.2010
- [154] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen
an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen
Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen
Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)
http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf
zuletzt besucht am 22.07.2010
- [155] SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf>
zuletzt besucht am 22.07.2010
- [156] Schneeweiss S, Eichenlaub A, Schellschmidt H, Wildner M: Qualitätsmodell
Krankenhaus (QMK): Ergebnismessung in der stationären Versorgung. WIdO, Bonn,
2003; http://www.qmk-online.de/pdfs/schneeweiss_2000.pdf zuletzt besucht am
22.07.2010
- [157] Schweiz ANQ <http://www.anq.ch/> zuletzt besucht am 22.07.2010

- [158] Schweiz-EU <http://www.europa.admin.ch/themen/00500/index.html?lang=de> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [159] Schweiz Geschichte
http://www.swissworld.org/de/geschichte/?gclid=CNjSgPb_4KICFY8z3wodfDPWzw
zuletzt besucht am 22.07.2010
- [160] Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen <http://www.sanacert.ch/sana.cgi> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [161] SanaCert- Qualitätsstandards
http://www.sanacert.ch/pdf/2010.05.11_Qualitaetsstandards_fuer_die_Akutsomatik_und_Langzeitpflege_Version_16_2010.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [162] Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Management-Systeme (SQS);
<http://www.sqs.ch/index.htm> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [163] SGB V
http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/index.html
- [164] SGB 5-Neunter Abschnitt [Sicherung der Qualität der Leistungserbringung](#) zuletzt besucht am 22.07.2010
- [165] Spitalskompass Österreich <http://www.spitalskompass.at/> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [166] Statistik Austria Gesundheitsdaten
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html
zuletzt besucht am 22.07.2010
- [167] Steiermärkische Krankenanstalten GmbH (KAGes);
<http://www.kages.at/cms/beitrag/10170471/5058571/> zuletzt besucht am 22.07.2009
- [168] Stellenausschreibung KRAGES;
[http://www.krages.at/suche.html?tx_indexedsearch\[sword\]=Qualit%C3%A4tsmanagement&x=0&y=0](http://www.krages.at/suche.html?tx_indexedsearch[sword]=Qualit%C3%A4tsmanagement&x=0&y=0) zuletzt besucht am 22.07.2010
- [169] Stiftung Praxissiegel e. V.
http://www.praxissiegel.de/fileadmin/pdf/Listen_zertifizierter_Praxen/Websiteliste_Praxen-MVZ_100720.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [170] Stöger Alois BM Pressemitteilung: Gründung der ELGA GmbH als wichtiger Reformschritt
http://www.bmg.gv.at/cms/site/presse_detail.html?channel=CH0616&doc=CMS1258724218320 zuletzt besucht am 22.07.2010

- [171] Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK)
<http://www.tilak.at/page.cfm?vpath=unternehmen/organisationsstruktur/qualitaetsentwicklung/qualitaetsstrategie> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [172] Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-14/2004-08-17-Vereinbarung-QM.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [173] Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/3/4/1/CH0703/CMS1043931577060/pdf_erlaeuterungen_gesundheitsqualitaetsgesetz.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [174] Vertrag von Nizza_EU ; (Amtsblatt Nr. C 325 vom 24/12/2002 S. 0100 – 0101)
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12002E152:DE:HTML> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [175] Vertrag über die Europäische Union (Amtsblatt Nr. C 191 vom 29. Juli 1992)
<http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html#0001000001> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [176] Verflechtung der Suchmaschinen
http://www.suchfibel.de/5technik/images/suchmaschinereien_gross.gif zuletzt besucht am 22.07.2010
- [177] Wahrnehmungsbericht der Österreichischen Ärztekammer 2007/2008
<http://www.aerztekkammer.at/service/WNB20072008.pdf> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [178] Werle-Handbuch Internet Recherche <http://werle.com/intagent/index.htm> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [179] WHO-Dokument "Einzelziele für Gesundheit 2000"
http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10007476_21247/a2c015d4/WHO%20Ottawa%20Charta%201986%20autorisierte%20dt%20Fassung%20%28Quelle%20www.euro.who.int%29.pdf zuletzt besucht am 22.07.2010
- [180] „Willkommen in der Solidarität!“ Pressemitteilung: BM Ulla Schmidt
http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168258/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2007/pm-20-03-07.html?_nnn=true zuletzt besucht am 22.07.2010

- [182] Zahl der Einzel- und Gemeinschaftspraxen in Deutschland (Stand 31.12.2009)
<http://www.kbv.de/presse/7479.html#1.%20Arztzahlen%20%28Stand%2031.12.2009%29>
 zuletzt besucht am 22.07.2010
- [183] Zahnärztliches Praxis Management System (Z-PMS) <https://www.z-qms.de/index.php?id=212> zuletzt besucht am 22.07.2010
- [184] zertifizierte Praxen in Österreich nach KTQ
<http://www.ktq.de/Zertifizierte-Einrichtungen.58.0.html> zuletzt besucht am 22.07.2009
 zuletzt besucht am 22.07.2010

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wandel der äußeren Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen [67].....	13
Abbildung 2: Laufende Gesundheitsausgaben der OECD Länder; 2. 2006- 3. 2007 [129]	16
Abbildung 3: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, öffentlicher und privater Sektor OECD Länder 2008 [130]	16
Abbildung 4: Suchmaschinen Verflechtung (Stand 17.12.2004) [176]	19
Abbildung 5: Verflechtung der allgemeinen und Meta-Suchmaschinen nach [178]	20
Abbildung 6: Struktur des Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungen [91].	34
Abbildung 7: Struktur des Gesundheitssystems in Österreich [18]	35
Abbildung 8: Struktur und Bereiche der Gesundheit Österreich GmbH [88].....	37
Abbildung 9: Struktur und Akteure des Schweizer Gesundheitswesens [64].....	48
Abbildung 10: Struktur und Akteure im deutschen Gesundheitssystem [6].....	67
Abbildung 11: Finanzierung des Gesundheitswesens seit 2009 [68].....	71
Abbildung 12: Leistungsbereich für Krankenhäuser 2010 [153].....	76
Abbildung 13: PDCA-Zyklus nach Deming	88
Abbildung 14: Schema eines prozessorientierten Qualitätsmanagements nach EN ISO 9000ff:2000	90
Abbildung 15: Geschäftsbereich und Struktur der KTQ GmbH [114]	92
Abbildung 16: Zusammensetzung des KTQ-Visitorenteams [114].....	93
Abbildung 17: Grundkonzepte der Excellence mit acht Erfolgsfaktoren [71].....	95
Abbildung 18: Levels of Excellence [71]	96
Abbildung 19: Radarlogik im PDCA-Zyklus [71].....	96
Abbildung 20: Kriterien zur Selbstbewertung nach EFQM-Modell [71]	97
Abbildung 21: EFQM Excellence Modell 2010 [71].....	99
Abbildung 22: Zahl und Modelle der angewendeten QM-Systeme in deutschem Gesundheitswesen 2005 [86]	126
Abbildung 23: Zertifizierungsablauf und Akteure des QEP [108]	130
Abbildung 24: Ergebnisse der Stichprobenziehung über den Stand der QM-Phasen im niedergelassenen Bereich nach der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in Deutschland: 2007 [110]	139
Abbildung 25: Ergebnisse der Stichprobenziehung/ freiwillige Angaben zum eingesetzten QM-Systemen im niedergelassenen Bereich Deutschland: 2007 [110].....	139
Abbildung 26: Ergebnisse der Frage nach dem Bekanntheitsgrad der QM-Systeme in Praxen in Deutschland: Stiftung Gesundheit, 2009 [142].....	140

Abbildung 27: Ergebnisse der Frage nach verwendeten QM-Systemen in Praxen in Deutschland: Stiftung Gesundheit, 2009 [142] 141

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Liste der für die Internetrecherche verwendeten Suchbegriffe	22
Tabelle 2	Suchergebnisse der Internetrecherche an der Suchmaschine google.at	23
Tabelle 3	Liste der für die Internetrecherche verwendeten Datenbanken.....	26
Tabelle 4	Angewendete Qualitätsmanagementsysteme in öffentlichen Akutkrankenanstalten nach Bundesländern	103
Tabelle 5	Angewendete Qualitätsmanagementsysteme in privaten Akutkrankenanstalten nach Bundesländern.....	109
Tabelle 6	Angewendete Qualitätsmanagementsysteme in Rehabilitationseinrichtungen nach Bundesländern.....	110
Tabelle 7	Angewandte QM-Systeme im schweizerischen stationärem Bereich.....	118
Tabelle 8	Ergebnisse der Recherche über angewendete QM-Systeme in deutschen Krankenanstalten.....	125