

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Mindestanforderungen an Qualitäts-manage- mentsysteme

im Rahmen des
Bundes-Zielsteuerungsvertrages

Wien, im August 2014, Version 3.5

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme

Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich

Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission

Leitung der Projektgruppe „Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme“:
Silvia Türk

Mitglieder der Projektgruppe „Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme“:

Helmut Feldmann

Theresa Geley

Lydia Stelzl

Patrizia Theurer

Michaela Wabro

Katharina Walter

Projektteam der Gesundheit Österreich GmbH & Redaktion:

Eva-Maria Kernstock

Martina Lerchner

Sonja Neubauer

Projektassistenz:

Manuela Hauptmann

Wien, im August 2014, Version 3.5

Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission

Zl. P3/8/4719

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt

Kurzfassung

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit (B-ZV) fordert im operativen Ziel 8.2.2. die Definition von bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme und in der Folge deren schrittweise Einführung und Evaluierung.

Die im Rahmen der Projektarbeit zu diesem operativen Ziel definierten Mindestanforderungen sollen gemäß B-ZV von allen Gesundheitsdiensteanbietern im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Damit ist kein neues Zertifizierungsmodell beabsichtigt. Definiert werden Mindestinhalte für die jeweiligen Gesundheitsdiensteanbieter im Rahmen der Qualitätsarbeit.

Gesundheitsdiensteanbieter mit bereits implementierten Qualitätsmanagementsystemen (z. B. EFQM) bzw. regelmäßigen Berichterstattungen sollen im Anschluss an die Einführung der Mindestanforderungen keinesfalls ihre Systeme komplett neu strukturieren bzw. neu aufsetzen. Hier sind nach Abgleich mit den definierten Mindestanforderungen lediglich etwaige fehlende Anforderungen zu ergänzen.

Die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme legen einen Rahmen fest, um die Patientensicherheit sowie die Sicherheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen, den politisch Verantwortlichen einen strukturierten Nachweis der erfüllten Anforderungen zu übermitteln und sind die Grundlage für zukünftige Berichterstattungen.

In der österreichischen Rechtsordnung gibt es bereits Vorgaben zu Qualitätsarbeiten, die Gesundheitsdiensteanbieter einhalten müssen. Die gesetzlichen Regelungen variieren jedoch je nach Gesundheitsversorgungsbereich, und somit ist die Definition von einheitlichen Mindestanforderungen an die Qualitätsarbeiten unabdingbar.

Folgende sechs Kategorien für Mindestanforderungen an Qualitätsarbeit werden sowohl für den stationären als auch den ambulanten/niedergelassenen Bereich festgelegt:

1. Strukturqualitätskriterien,
2. Prozesse (Leistungen),
3. Risikomanagement / Patienten-/Mitarbeitersicherheit,
4. Patientenorientierung,
5. Mitarbeiterorientierung,
6. Transparenz/Ergebnisqualität.

Wie in Maßnahme 1 des operativen Ziels Nr. 8.2.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags gefordert, sollen im Rahmen der weiteren Projektarbeit zu diesem operativen Ziel bis 2015 die organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen auf Bundesebene für die Umsetzung geschaffen werden.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen	V
Abkürzungen.....	VI
1 Hintergrund.....	1
1.1 Ziele und Nutzen des Projektes	1
2 Definitionen und Begriffe des Qualitätsmanagements.....	2
2.1 Ziele von Qualitätsmanagementsystemen	3
3 Internationale Qualitätsmanagementsysteme	4
3.1 Häufig verwendete Qualitätsmanagementsysteme im Vergleich	5
4 Nationale gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Qualitätsarbeit.....	8
4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	8
4.2 Gesetzliche Bestimmungen zur Qualitätsarbeit	8
4.3 Normen	9
4.4 Qualitätsarbeit im stationären Bereich	9
4.5 Qualitätsarbeit im ambulanten Bereich	10
4.6 Qualitätsarbeit in der Pflege	11
5 Mindestanforderungen an ein Qualitäts- managementsystem für alle Gesundheitsdiensteanbieter.....	13
5.1 Kategorien des Qualitätsmanagements – Mindestanforderungen	13
6 Resümee und weitere Vorgehensweise	15
Literatur und gesetzliche Grundlagen.....	16

Tabellen

Tabelle 3.1: Kriterien häufig verwendeter Qualitätsmanagementsysteme im Vergleich	5
Tabelle 5.1: Kategorien der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme	14

Abkürzungen

ÄrzteG	Ärztegesetz
BGA	Bundes-Gesundheitsagentur
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
DIN	Deutsche Industrie-Norm
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GuKG	Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
HebG	Hebammengesetz
IBG	Institut für Bildung im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
k. A.	keine Angabe
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
medQ	Medical Quality GmbH
MTD	Medizinisch-technischer Dienst
NQZ	Nationales Qualitätszertifikat
ÖQA	Österreichische Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität
ÖQM	Österreichisches Qualitätsmanagementsystem
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
QM	Qualitätsmanagement
QS-VO	Qualitätssicherungsverordnung
ÖZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
SOP	Standard Operating Procedure
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1 Hintergrund

Die operativen Ziele zur Umsetzung der „Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen“ postulieren die schrittweise Entwicklung und Einführung von bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme (inkl. Risikomanagement) für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bundesweit einheitliche Mindestanforderungen sollen einen Impuls zur Weiterentwicklung von Qualitätsmanagementsystemen in österreichischen Gesundheitseinrichtungen geben. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit bestätigt dieses Postulat und fordert im operativen Ziel 8.2.2. die Definition von bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme und in der Folge deren schrittweise Einführung und Evaluierung.

Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme) sind in weiten Teilen des österreichischen Gesundheitswesens Bestandteil täglicher Arbeit, wobei die verwendeten QM-Systeme verschieden aufgebaut sein und unterschiedliche Ziele verfolgen können. Das Angebot an QM-Systemen ist vielfältig und trägt unterschiedlichen Anforderungen Rechnung.

1.1 Ziele und Nutzen des Projektes

Die im Rahmen der Projektarbeit definierten Mindestanforderungen sollen von allen Gesundheitsdiensteanbietern im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung implementiert werden. Diese Mindestanforderungen zielen nicht nur auf QM-Systeme in Institutionen wie Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen etc. ab, sondern auch in allen anderen Versorgungsbereichen (z. B. Verbände oder kommerziell organisierte Gesundheitsdiensteanbieter).

Damit soll kein neues Zertifizierungsmodell geschaffen werden. Es geht ausschließlich um Mindestinhalte in der Arbeit des Qualitätsmanagements, die der jeweilige Gesundheitsdiensteanbieter im Rahmen der Qualitätsarbeit berücksichtigen soll.

Soweit einzelne Gesundheitsdiensteanbieter bereits QM-Systeme verwenden, sind lediglich fehlende Anforderungen nach Abgleich mit den definierten Mindestanforderungen zu ergänzen.

2 Definitionen und Begriffe des Qualitätsmanagements

Im Bereich des Gesundheitswesens wird häufig auf das Qualitätsmodell von Donabedian (Donabedian 1966) zurückgegriffen, das die drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert. Strukturqualität umfasst Voraussetzungen für die Leistungserbringung (technische und personelle Ausstattung, Infrastruktur etc.). Prozessqualität beschreibt ein leistungserbringendes Handeln („Versorgen“) und das Durchführen von Maßnahmen (Erheben, Planen, Durchführen sowie regelmäßige reflektierte Evaluation der Leistungserbringung). Ergebnisqualität betrifft die Qualität des Produkts (Outcome – Resultate der Prozesse) (Brandstätter 2005; Czypionka et al. 2006; Weigert 2004).

Gemäß „Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen“ wird Qualität als „der Grad des Erfüllens patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Dienstleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens verstanden. Qualität ist das Maß der Übereinstimmung zwischen den Behandlungsergebnissen und den zuvor formulierten Zielen guter Behandlung“ (BGA 2010).

Zur laufenden, an Kriterien orientierten Kontrolle und Steuerung qualitätssichernder Maßnahmen ist Qualitätsmanagement notwendig (Brandstätter 2005). Die österreichische „Qualitätsstrategie“ definiert Qualitätsmanagement als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der hergestellten Produkte oder der angebotenen Dienstleistung zu verbessern“ (BGA 2010).

Qualitätssicherung

„Die Qualitätssicherung wird als Teil des Qualitätsmanagements definiert, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, die jeweiligen Qualitätsanforderungen zu erfüllen“ (AWMF 2007). Die Qualitätssicherung umfasst als Bestandteil des Qualitätsmanagements alle organisatorischen und technischen Maßnahmen, die vorbereitend, begleitend und prüfend der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen (Alisch 2004).

Qualitätsmanagement

Unter Qualitätsmanagement versteht man abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. „Leiten und Lenken“ bezüglich Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) basiert auf der Idee der ständigen Qualitätsverbesserung in kleinen Schritten. Die Ziele des KVP sind u. a. Patientensicherheit erhöhen, System-schwachstellen erkennen und beseitigen, Prozessabläufe optimieren, Kosten reduzieren.

Risikomanagement/Risk-Management

Unter Risikomanagement versteht man eine Prozessanalyse im Behandlungsumfeld, mit dem Ziel, Risikosituationen mit möglichen Konsequenzen aufzudecken, bzw. eine Managementmethode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler und ihre Folgen zu erkennen, zu analysieren und zu vermeiden (Glossar der Arztbibliothek, www.patientensicherheit-online.de).

2.1 Ziele von Qualitätsmanagementsystemen

Ziele des Qualitätsmanagements in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind (gem. Auflistung des deutschen Gemeinsamen Bundesausschusses, http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar?search_letter=g).

- » Qualitätssicherung und -verbesserung
- » Systematische Patientenorientierung
- » Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Leitung sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Gesundheitseinrichtung
- » Identifikation und Darlegung relevanter Abläufe
- » Erkennen von Risiken, Vermeidung von Problemen
- » Objektivierung, Messung von Versorgungsergebnissen
- » Einbeziehen von Beteiligten: strukturierte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung

Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme) stellen sicher, dass die Qualität von Prozessen, Abläufen und Ergebnissen in einer Organisation überprüft und ggf. verbessert wird (Steidle 2010). Mit deren Hilfe wird Qualität plan- und steuerbar, da messbare Qualitätsmerkmale zur Verfügung stehen. QM-Systeme erleichtern es, Qualitätserfordernisse zu kommunizieren. Kundenanforderungen können besser überprüft werden, und die Wirkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen kann einfach nachvollzogen werden und ist transparenter (Schneider/Geiger 2008). Als Resultat daraus kann die Versorgung gesichert und verbessert werden (Steidle 2010).

Voraussetzung und Basis für **Qualitätsverbesserungen** sind eine unterstützende Umgebung und entsprechende Infrastruktur. Eine solche Grundlage ermöglicht es den Organisationen, die eigene Situation zu analysieren und auf Herausforderungen und Veränderungen adäquat zu reagieren (Øvretveit 2009).

3 Internationale Qualitätsmanagementsysteme

Den Gesundheitsdiensteanbietern steht eine Vielzahl an bekannten und erprobten Qualitätsmanagementsystemen (QM-Systemen) zur Verfügung.

Eines der ersten in Österreich allgemein eingesetzten QM-Systeme lehnte sich an die Deutsche Industrie-Norm und an die Europäische Norm an und wurde nach erfolgreicher Verwendung im stationären Bereich für den niedergelassenen Bereich adaptiert. Es ist seither als DIN EN und als international vergleichbarer Standard (DIN EN ISO) bekannt. In den letzten Jahren etablierten sich weitere erfolgreiche QM-Systeme in Österreich. Dazu zählen insbesondere QM-Systeme der Organisationen Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) und European Foundation of Quality Management (EFQM). Die in Deutschland entwickelte sogenannte Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) ist ein mittlerweile in Österreich sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich verbreitetes Verfahren. Ausschließlich für den ambulanten Bereich entwickelt wurden das von der ÖQMed verwendete System (Details dazu siehe Abschnitt 4.2.2) und das E-Qalin-QM-System (European quality improving learning in residential care homes for the elderly) oder auch das EPA (European Practice assessment).

Tabelle 3.1 stellt häufig verwendete QM-Systeme anhand entscheidender Parameter dar.

3.1 Häufig verwendete Qualitätsmanagementsysteme im Vergleich

Tabelle 3.1:
Kriterien häufig verwendeter Qualitätsmanagementsysteme im Vergleich

Kurzbezeichnung	ISO 9000 ff.	EFQM	JCAHO	KTQ	ÖQM	E-Qalin	EPA
Name	International Organization for Standardization	European Foundation for Quality Management (Stiftung)	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	KTQ GmbH. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen	Österreichisches Qualitätsmanagement	European quality improving learning in residential care homes for the elderly (EU-Projekt)	Europäisches Praxisassessment
Herkunft	Aus dem Industriebereich, Einführung der QM-Normen 9000 ff. 1987, Aufnahme in die Deutsche Industrienorm (DIN) und in die Europäische Norm (EN). Seit Revision 2000 vermehrt im Gesundheitswesen.	1989 von 14 europäischen Industrienationen als gemeinnützige Stiftung gegründet. Einführung Europäischer Qualitätspreis (EQA), erste Verleihung 1992.	Seit 1951 Non-Profit-Organisation zur Überprüfung von Spitälern auf Qualität in den USA. 1999 Entwicklung von international gültigen Standards.	1997 in Deutschland entwickelt zur Beurteilung der Qualität und Sicherheit in Krankenhäusern und seit 2004 auch in Arztpraxen.	Ganzheitliches Führungskonzept, entwickelt 2011 im Auftrag der Ärztekammer Österreich für Ärzte/Ärztinnen; Finanzierung erfolgt solidarisch durch die niedergelassene Ärzteschaft, daher können die Tools und Module über das Internet zum kostenfreien Download zur Verfügung gestellt werden.	Das Leonardo-da-Vinci-Pilotprojekt E-Qalin startete 2004. Ziel des Projekts war es, ein europäisches Qualitätsmanagementsystem speziell für die Bedürfnisse und die Erfordernisse der Alten- und Pflegeeinrichtungen bis 2007 zu entwickeln. Projektleitung: Institut für Bildung im Gesundheitsdienst (IBG) Österreich. Gründung der GmbH 2008.	Entwicklung als Projekt im Jahr 2000, Umsetzung durch verschiedene europäische Institutionen auf Länderebene (in Österreich durch das Ärztliche Qualitätszentrum)
Verbreitung	International: Stationär/ambulant	Europa: Stationär/ambulant	International: Stationär	Deutschsprachige Länder: Stationär & ambulant	Österreich: Ambulant	Europa: Ambulant	Europa: Ambulant
Zielgruppe	Alle privatwirtschaftlichen und öffentlichen Organisationen; branchenunabhängig.	Alle privatwirtschaftlichen und öffentlichen Organisationen.	Entscheidungsträger und Mitarbeiter/innen in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind verantwortlich für Aufbau und Weiterentwicklung des QM-Systems der Organisation.	Krankenhäuser, stationäre und ambulante Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Praxen (Ärztin/Arzt, Zahnärztin/-arzt, Psychotherapeut/in), Hospize, MVZ (Medizinische Versorgungszentren) Rettungsdienste, alternative Wohnformen.	Ärzte und Ärztinnen, die einen Einstieg und einen inhaltlichen Leitfaden für ein Qualitätsmanagement suchen; niedergelassener Bereich.	Alten- und Pflegeheime, ambulante/mobile Dienste, Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und soziale Zentren.	Niedergelassener Bereich (Hausärztinnen/-ärzte, Fachärztinnen/-ärzte); medizinische Versorgungszentren.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.1 – Seite 2 von 3

Kurzbezeichnung	ISO 9000 ff.	EFQM	JCAHO	KTQ	ÖQM	E-Qalin	EPA
Aufbau QM-Modell	<p><u>Kapitel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » QM-System » Verantwortung der Leitung » Management von Ressourcen » Produktrealisierung » Messung, Analyse und Verbesserung 	<p><u>Kriterien:</u></p> <p><u>Befähiger-Kriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Führung » Politik und Strategie » Mitarbeiter/innen » Partnerschaften und Ressourcen » Prozesse <p><u>Ergebnis-Kriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Kundenbezogene Ergebnisse » Mitarbeiterbezogene Ergebnisse » Gesellschaftlich bezogene Ergebnisse 	<p><u>Patientenbezogene Standards</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Zugang zur & Kontinuität der Behandlung » Rechte der Patienten-/ Familienangehörigen » Untersuchung der Patienten/Patientinnen » Aufklärung und Belehrung <p><u>Organisationbezogene Standards</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Qualitätsmanagement und Verbesserung » Prävention und Überwachung von Infektionen » Aufsichtsorgan, Führung, Direktion » Internationale Patientensicherheitsziele » Anlagemanagement und Sicherheit » Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung » Management von Informationen 	<p><u>Kategorien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Patientenorientierung – Führung der Praxis » Mitarbeiterorientierung » Sicherheit in der Praxis » Informationswesen » Aufbau des QM in der Praxis 	<p><u>Module</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Steuerung und Führung » Medizinische Qualität » Patientenorientierung » Information und Kommunikation » Sicherheit » Organisatorisches » Personalmanagement und Mitarbeiterorientierung » Innovation, Verbesserung und Prävention 	<p><u>Strukturen/Prozesse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Bewohner/innen » Mitarbeiter/innen » Führung » Umfeld » Lernende Organisation <p><u>Ergebnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Bewohner/innen » Mitarbeiter/innen » Führung » Gesellschaftliche Wirkung <p><u>Zukunftsorientierung</u></p>	<p><u>Domänen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Infrastruktur » Menschen » Informationen » Finanzen » Qualität & Sicherheit <p><u>Schritte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Vorbereitung » Evaluation » Moderierte Teambesprechung » Benchmarking mit Visotool » Organisation Qualitätsprojekte
Stärke	Weite Verbreitung; integrierte Anwendung; solide Grundlage für QM-Modelle / Prozessdokumentation.	Gute Vergleichbarkeit/Benchmarking; Prozessdokumentation; Einbindung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in den Verbesserungsprozess; Bewertung des Unternehmens anhand von Zahlen, Daten, Fakten.	Abgestimmt auf die Prozesse im Krankenhaus.	Spezifische QM; Anforderungen und inhaltliche Vorgaben (Kriterien).	Verständliche Sprache; keine ausschließliche Schwachstellenanalyse; Dokumente für Verbesserungspotenzial; kostenloser Download der Dokumente; Referentenpool.	Fokussierung auf branchenspezifische Kriterien; internationale Vergleichbarkeit; positive Imagewirkung für die Sozialwirtschaft.	Praxisnahes System, Verbesserungen ohne komplette Umstrukturierung möglich; keine externen Schulungen notwendig

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.1 – Seite 3 von 3

Kurz-bezeichnung	ISO 9000 ff.	EFQM	JCAHO	KTQ	ÖQM	E-Qalin	EPA
Beurteilungsverfahren	Internes Qualitätsaudit; Erarbeitung eines Handbuchs; externes Audit; Zertifizierung	Selfassessment (RADAR); Benennung und Verbesserungsmaßnahmen lt. KVP; Fremfassment; Gutachterbericht; ggf. Teilnahme an Wettbewerb EEA.	Externes Beurteilungsverfahren.	Selbstbewertung (Stärken und Verbesserungspotenzial), ggf. Fremdbewertung mit Punktevergabe.	Externes Beurteilungsverfahren; Audit kann durchgeführt werden, sobald mindestens 4 Module (einschließlich Modul 1 Steuerung und Führung) implementiert sind.	Primär Selbstbewertungssystem; Ziel: Ermitteln von Stärken und Schwächen der Organisation; stetige Entwicklung des Handbuchs.	Selfassessment; Mitarbeiter- und Patientenbefragung; externes Audit, optionale Zertifizierung
Zertifizierung	Übereinstimmung mit der Normanforderung führt zu Zertifikat. Normiert werden ausschließlich Prozesse.	Keine Zertifizierung, sondern Bewertung des Erfüllungsgrades der einzelnen Kriterien (0-1.000 Punkte); 2 Stufen der Anerkennung: - Committed to Excellence & Recognised for Excellence (3*, 4* od. 5*); - Auszeichnung; Staatspreis Unternehmensqualität (Österreich) und EFQM Excellence Award (Europa)	Bewertung der Erfüllung der Standards. 6 Akkreditierungsstufen.	Zertifizierung durch akkreditierte Stellen bei Erreichen von vorgegebener Punktezahl.	Nach Audit wird der Leiterin / dem Leiter ein Protokoll des Besuches mit QM-relevanten Stärken und Schwächen ausgehändigt; Protokoll als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen und die eigentliche Zertifizierung.	Österreich: nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich (NQZ).	Optionale Zertifizierung durch ÖQMed.
Gültigkeit	3 Jahre, jährliches Überwachungsaudit	2 Jahre	3 Jahre	3 Jahre	5 Jahre	3 Jahre	3 Jahre
Lerneffekt bei Visitation	Audit; Bericht; Zertifikat Optimierung Ressourceneinsatz; Transparenz für gesamten Prozess; messbare Kennzahlen.	Visitation; Bericht; Qualitätspreis Transparenz über Stärken und Verbesserungspotenziale; verbesserte Kommunikation.	Aufgrund klarer Richtlinien mehr Sicherheit im Handeln; bessere Kenntnis der Unternehmensziele; Motivation der Mitarbeiter/innen; Imageverbesserung.	Kollegialer Dialog; Expertengespräch; Praxisbegehung; detaillierte Beratung mit fachlichen Vorschlägen zur Verbesserung (PEER-Prinzip).	Konkrete Lösungsvorschläge für Ordinationen – vorgefertigte Formulare; Checklisten; klare Strukturen und Abläufe.	Permanenter Lernprozess; Selbstbewertung.	Checklisten; Durchführung einer Teambesprechung mit Ergebnispräsentation, Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen.
Mitarbeiterorientierung	Teilweise	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Patientenorientierung	Teilweise	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Anwendbarkeit für Teilbereiche	Ja, z. B. Blutbank, Labor, Radiologie	Nein, Einzelfallentscheidung	k. A.	Nein, gesamte Organisation	k. A.	k. A.	k. A.

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

4 Nationale gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Qualitätsarbeit

In der österreichischen Rechtsordnung gibt es bereits Vorgaben zu den Qualitätsarbeiten, die von den Gesundheitsdiensteanbietern eingehalten werden müssen¹.

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Nachfolgend werden jene gesetzlichen Bestimmungen bzw. Rahmenbedingungen angeführt, die die Grundlage für die Definition von Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme) bilden.

Operative Ziele zur Umsetzung der „Qualitätsstrategie“

In den operativen Zielen zur Umsetzung der „Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen“ wird in Kapitel 3 als Hauptziel die schrittweise Entwicklung und Einführung von bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an QM-Systeme (inkl. Risikomanagement) für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens gefordert (BGA 2012).

Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit

Artikel 8 dieses Vertrags widmet sich der Ergebnisorientierung. Entsprechend dem operativen Ziel (8.2.2.) ist die Einführung und Evaluierung von bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an QM-Systeme für den stationären und ambulanten Bereich bis Mitte 2014 als eigene Maßnahme festgeschrieben (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013).

4.2 Gesetzliche Bestimmungen zur Qualitätsarbeit

In den österreichischen Gesetzen betreffend Gesundheitsdiensteanbieter sind Aspekte zur Qualitätsarbeit in unterschiedlichem Ausmaß verankert. In einigen Gesetzen wird umfassend festgehalten, welche Qualitätsarbeiten zwingend einzuhalten sind (z. B. § 5b KAKuG Qualitätssiche-

1

Die gesetzlichen Bestimmungen können im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts nachgelesen werden (www.ris.bka.gv.at). Es ist zu beachten, dass für die praktische Arbeit die jeweils gültige Fassung der Rechtsquellen heranzuziehen ist.

zung); andere wiederum beschreiben lediglich, welche Informationen zur Qualitätsarbeit im Rahmen der Ausbildung vermittelt werden müssen (z. B. Psychologengesetz). Die genauen Inhalte können in den jeweiligen Gesetzen nachgelesen werden.

Folgende Rechtsvorschriften beinhalten Aspekte zur Qualitätsarbeit:

- » Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz)
- » Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG),
- » Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG),
- » Qualitätssicherungsverordnung 2012 (QS-VO 2012),
- » Qualitätssicherungsverordnung 2007 der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK-QSV 2007),
- » Bundesgesetz über den Hebammenberuf (HebG),
- » Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz),
- » Psychologengesetz 2013 (Psychologengesetz).

4.3 Normen

Zusätzlich gibt es österreichische Normen, die zur Regelung von Qualitätssicherung und -management herangezogen werden können. Zumeist entstehen sie auf Basis europäischer Normen wie z.B. der DIN EN 15224 die wiederum auf der ISO 9001:2008 beruht.

Hauptziel der Normung ist die Festlegung freiwilliger technischer oder die Qualität betreffender Spezifikationen, denen bereits bestehende oder künftige Produkte, Produktionsverfahren oder Dienstleistungen entsprechen können. Normen werden von verschiedenen Organisationen entwickelt, wie z. B. Internationale Normungsorganisationen die ein Netzwerk nationaler Normungsinstitute bilden. (vgl. Anhang; unveröff. Dokument: Information betreffend Normung des BMG, Abt. I/B/13, Leeb-Klaus, März 2014).

4.4 Qualitätsarbeit im stationären Bereich

Die gesetzliche Grundlage für den stationären Bereich liefert das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). Dabei sind besonders der § 5b zur Qualitätssicherung und speziell die einzuhaltenden Maßnahmen in Hinblick auf die Qualitätssicherung zu betrachten. Das KAKuG wurde 2012 in Hinblick auf die Anforderungen aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (Gesundheit Österreich GmbH 2012) novelliert.

Im stationären Bereich kommt eine Vielzahl an QM-Systemen zur Anwendung. Nähere Informationen finden sich in den Berichten über die Qualitätssysteme der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen auf der Website der Gesundheit Österreich GmbH². Die Informationen zu den bestehenden Qualitätsarbeiten, Qualitätsmodellen etc. werden über die Qualitätsplattform der Gesundheit Österreich GmbH www.qualitaetsplattform.at erhoben.

Die Qualitätsberichterstattung ist rechtlich im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, in der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Vereinbarung Art. 15a B-VG) sowie im Bundeszielsteuerungsgesetz verankert.

Die Arbeiten für die „Qualitätsplattform“ und zu den „Mindestanforderungen“ sind inhaltlich eng miteinander verbunden und werden daher sorgfältig aufeinander abgestimmt.

4.5 Qualitätsarbeit im ambulanten Bereich

Die Qualitätsarbeiten im ambulanten Bereich gewinnen in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Hier gibt es derzeit nur für einige wenige Berufsgruppen detaillierte Regelungen betreffend Qualitätsarbeit.

Im Folgenden wird die Ausgangslage für Ärzte und Zahnärzte näher ausgeführt. Für alle anderen Berufsgruppen gibt es aktuell nur bedingt Vorschriften in den Berufsgesetzen.

Ärztliche Ordinationen

Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung von Ordinationen wurde in der fünften Novelle des Ärztegesetzes 1998 beschlossen (BGBl I 2003/140). Im Jahre 2006 verabschiedete die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) erstmals eine Qualitätssicherungs-Verordnung (QS-VO 2006), die sich mit der inhaltlichen Ausgestaltung der gesetzlich bestimmten Aufgaben der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) als Evaluierungsstelle der Arztordinationen befasst. Die QS-VO wurde 2012 adaptiert (QS-VO 2012). Die ÖQMed als Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin ist für die Koordinierung und Abwicklung des Evaluierungsprozesses verantwortlich. Alle fünf Jahre ist eine neue Qualitätssicherungsverordnung durch die ÖÄK zu verabschieden, wobei der Fokus auf der Weiterentwicklung der Inhalte gemäß einer Qualitätsarbeit, die State-of-the-Art geschieht. Neben der Erweiterung des vertretenen Stakeholderkreises im wissenschaftlichen Beirat wurde mit dem Evaluierungsbeirat ein weiteres Beratungsgremium beschlossen (ÄrzteG).

2

<http://www.goeg.at/index.php?pid=arbeitsbereichedetail&ab=356&s>

Die Qualitätssicherung in der Ordination gehört u. a. zu den Berufspflichten von Ärztinnen und Ärzten. Sollte/n ein oder mehrere Mangel/Mängel festgestellt werden, erfolgt durch die ÖQMed die Aufforderung zur Behebung des Mangels / der Mängel in der Ordination. Die Visitationen von Praxen zielen u. a. auf die Verifizierung der Angaben der Selbstevaluierung und die Unterstützung hinsichtlich Verbesserungsmaßnahmen ab (Thaler 2013).

Zahnärztliche Ordinationen

Die Verordnung der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK-QSV 2007) verfolgt – basierend auf den Prinzipien der Patientenorientierung, der Patientensicherheit und der Transparenz – das Ziel, durch systematische Qualitätssicherung die Qualität der zahnärztlichen Versorgung durch Zahnärzte/Zahnärztinnen und Gruppenpraxen nachhaltig zu gewährleisten und zu verbessern. Sie regelt deren Rechte und Pflichten bei der Evaluierung der Qualität.

Festgelegt sind darin die der Evaluierung zugrunde liegenden Kriterien, die Ermittlung und Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, die Kriterien für die Datenübermittlung und das von der Einrichtung für Qualitätssicherung zu führende zahnärztliche Qualitätsregister. Die Evaluierung wird durch die Medical Quality GmbH (medQ) durchgeführt. Die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle werden an den Bundesminister / an die Bundesministerin für Gesundheit und die Österreichische Zahnärztekammer und an die Führung des zahnärztlichen Qualitätsregisters in anonymisierter Form geliefert. Evaluierungen erfolgen seit 2008.

Im Rahmen der zahnärztlichen Qualitätssicherung fanden bisher über 100 Ordinationsbegehungen statt, bei denen die Evaluierungsergebnisse überprüft wurden. Die zahnärztliche QS-VO wird im Regelfall etwa alle fünf bis sieben Jahren aktualisiert.

4.6 Qualitätsarbeit in der Pflege

Für **Alten- und Pflegeheime** ist es möglich, das Nationale Qualitätszertifikat (NQZ) zu erlangen, das seit Januar 2013 im Bundes-Seniorengesetz verankert ist. Die Geschäftsstelle des Zertifizierungsbeirates für das NQZ hat ihren Sitz im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und koordiniert alle Zertifizierungen, wobei die Länder maßgeblich eingebunden sind.

Mit dem **Bundespflegegeldgesetz** von 1993 wurde die gesetzliche Grundlage für die Verwirklichung eines Qualitätssicherungssystems im Bereich der Pflegevorsorge geschaffen (Bundespflegegeldgesetz – BPGG). Vom damaligen Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen wurde darauf aufbauend bereits im Jahre 2001 die „Qualitätssicherung der häuslichen Pflege“ als unterstützende und qualitätssichernde Maßnahme ins Leben gerufen und in großem Umfang durchgeführt, so fanden 2013 mehr als 20.000 Hausbesuche statt (Kompetenzzentrum 2012).

Für die **Hauskrankenpflege** gibt es von externen Anbietern Auszeichnungen für Dienstleistungen in Form einer Bestätigung für fachliches Qualitätsniveau. Die Anbieter von Dienstleistungen der Hauskrankenpflege verpflichten sich mit dem Erhalt von Gütezeichen zur Erfüllung der jeweiligen Güterichtlinien zu erfüllen und die Nutzungsbedingungen gemäß dem Regulativ der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität (ÖQA) einzuhalten.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt**, ein Zusammenschluss der fünf großen Trägerorganisationen im Bereich Gesundheits- und Sozialdienste (Caritas Österreich, Diakonie Österreich, Österreichisches Hilfswerk, Österreichisches Rotes Kreuz und Volkshilfe Österreich), veröffentlicht Qualitätsmerkmale für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung der mobilen Pflege und Betreuung (<http://www.freiewohlfahrt.at/>).

5 Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem für alle Gesundheitsdiensteanbieter

Für die vielen unterschiedlichen Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme), die in österreichischen Gesundheitseinrichtungen zur Anwendung kommen und auf die organisationsinterne Sicherung und Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen abzielen, fehlen derzeit bundesweit einheitliche Mindestanforderungen und Implementierungshilfen.

Vertreterinnen und Vertretern folgender Einrichtungen und Institutionen wurden im Zuge der Erstellung des Empfehlungskatalogs zu ihrer Meinung befragt: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, MTD-Austria, Österreichisches Hebammengremium, Wirtschaftskammer Österreich, Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, Zahnärztekammer, Bundesverband Österreichischer PsychologInnen, Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. Die Grundlagen wurden in der von der Fachgruppe Qualität beauftragten Projektgruppe „Mindestanforderungen an QM-Systeme“ diskutiert und in der vorliegenden Form formuliert. In dieser Projektgruppe waren Vertreterinnen/Vertreter der wesentlichen Stakeholder (Bund, Länder und Sozialversicherung) beteiligt.

Strategisches Ziel der definierten Mindestanforderungen ist es gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung – Gesundheit (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013) die Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherzustellen, routinemäßig zu messen und transparent zu machen.

Die nachfolgend definierten Mindestanforderungen werden für alle Gesundheitsdiensteanbieter verbindlich vereinbart. Gesundheitsdiensteanbieter, die bereits nachweislich über ein gängiges QM-System (z. B. EFQM, KTQ) verfügen, erfüllen die nachfolgenden Empfehlungen bzw. Qualitätskriterien. Die Kategorien bilden in weiterer Folge die Grundlage für die verpflichtende Qualitätsberichterstattung und somit die Basis zur Überprüfung, ob die Mindestanforderungen eingehalten werden.

5.1 Kategorien des Qualitätsmanagements – Mindestanforderungen

Die nachfolgenden sechs Kategorien zeigen, welche Bereiche/Dimensionen im Rahmen der Qualitätsarbeit im stationären wie auch im ambulanten/niedergelassenen Bereich unbedingt eingeschlossen werden müssen. Eine entsprechende Bearbeitung/Aufnahme dieser Kategorien im Rahmen der Qualitätsarbeit ist durch den B-ZV zumindest gefordert.

Von allen Gesundheitsdiensteanbietern sind zu den nachfolgend genannten „Kategorien der Mindestanforderungen an QM-Systeme“ Maßnahmen zu definieren und entsprechend zu bearbeiten.

Tabelle 5.1:
Kategorien der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme

Definition von Maßnahmen betreffend ...
<p>1. Strukturqualitätskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> » Führung/Verantwortlichkeiten <ul style="list-style-type: none"> » Qualitätsziele/-strategie (folgt methodisch dem Plan-Do-Check-Act Regelkreis) » Strukturelle Verankerung (Organigramm/Funktionsbeschreibungen) » Informationswesen <ul style="list-style-type: none"> » Verfügbarkeit von Informationen über Leitlinien und Bundesqualitätsstandards (z. B. BQLL) » Regelung zur Informationsweitergabe » Dokumentenmanagement/Datenschutz <ul style="list-style-type: none"> » Aufklärung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter über Verschwiegenheitspflicht/Datenschutz (nachweislich) » Regelung des Umgangs mit Dokumenten
<p>2. Prozesse (Leistungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> » Instrumente zur Qualitätssicherung von Prozessen (z. B. SOP, Checklisten, Prozessbeschreibungen, interne und externe Kommunikation, regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln) » Definition der wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung auf Basis des Leistungsspektrums (z. B. Therapien, Eingriffe, OPs) » Notfallmanagement
<p>3. Risikomanagement / Patienten-/Mitarbeitersicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> » Regelung eines risikominimierenden Prozesses für riskante Tätigkeitsbereiche (z. B. Medikations-sicherheit, Hygiene, Blut/Gewebe etc.) » Fehlermanagement (inkl. Krisenmanagement)
<p>4. Patientenorientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> » Beschwerdemanagement/Patientenfeedback/Patientenzufriedenheit » Aufklärung der Patientinnen/Patienten über ihre Rechte » Information zu Erreichbarkeit/Zugang (z. B. Barrierefreiheit)
<p>5. Mitarbeiterorientierung</p> <ul style="list-style-type: none"> » Qualifikation der Mitarbeiter/innen (z. B. Fort-/Weiterbildung, Personalentwicklungskonzept) » Schulung zur korrekten Anwendung von Medizinprodukten » Kenntnis über Mitarbeiterzufriedenheit
<p>6. Transparenz/Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> » Berichterstattung zu den Mindestanforderungen (zuständig für die Berichtslegung ist die jeweilige Organisation bzw. der jeweilige Berufsverband für freiberuflich Tätige; Berichtsempfänger: BMG, Land, SV) » Kontinuierliche Weiterentwicklung, Verbesserung und flächendeckende Sicherung der Qualität (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess)

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

6 Resümee und weitere Vorgehensweise

Im Bereich des Qualitätsmanagements bestehen viele Initiativen, und zahlreiche Maßnahmen wurden bereits gesetzt. Dennoch bedarf es in einigen Bereichen noch weiterer Anstrengung, um kontinuierliche Qualitätsverbesserung langfristig sicherzustellen. Die hier angeführten Mindestanforderungen sind ein erster Schritt dazu.

Qualitätssicherung/-management muss jedenfalls in allen Gesundheitseinrichtungen implementiert sein. Bedeutend für den Erfolg ist auch die Bereitschaft, besonders der leitenden Personen, Qualitätsmanagement als wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit zu verstehen.

Besonders wichtig ist stetige Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Dieser bildet das Herzstück eines jeden QM-Systems.

Wie mit Maßnahme 1 des operativen Ziels Nr. 8.2.2. gefordert, werden im Rahmen der weiteren Projektarbeit gemäß den Vorgaben der Bundes-Jahresarbeitsprogramme der B-ZK in der Folge die organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen auf Bundesebene für die Umsetzung geschaffen.

Literatur und gesetzliche Grundlagen

- Alisch, Katrin (2004): Gabler-Wirtschafts-Lexikon: A-Be. Bd. 1, Springer DE
- ÄrzteG: Ärztegesetz 1984 BGBl. I Nr. 169/1998 in der geltenden Fassung.
- AWMF, ÄZQ (2007): Das Leitlinien-Glossar von AWMF und ÄZQ. ÄZQ-Schriftenreihe Bd. 30. Berlin, ÄZQ.
- BGA, Bundesgesundheitsagentur (2010): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BGA, Bundesgesundheitsagentur (2012): Operative Ziele zur Umsetzung der „Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen“. Nach Beschluss in der Bundesgesundheitskommission im März 2012, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Brandstätter, Silvia (2005): Qualitätsmanagement in Österreichischen Krankenhäusern-ein Überblick über verschiedene Modelle. In: ÖZPMR 15/2:61-72
- Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- Bundespflegegeldgesetz — BPGG: Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz — BPGG), BGBl. Nr. 110/1993, in der geltenden Fassung.
- Czypionka, Thomas; Riedel, Monika; Röhrling, Gerald (2006): Europa in Bewegung: Qualität im niedergelassenen Bereich. In: Health System Watch HSW III, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 2006/4:1-16
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly 44/3/2:166-203
- Gesundheit Österreich GmbH (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Gesundheitsqualitätsgesetz: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, in der geltenden Fassung.
- GuKG: Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 in der geltenden Fassung.
- HebG, Hebammengesetz -: Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz - HebG), BGBl. I Nr. 310/1994, in der geltenden Fassung.
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.
- Kompetenzzentrum, Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (2012): Bundespflegegeldgesetz. Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Auswertung der

von den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum von Jänner bis Dezember 2012.

MTD-Gesetz: Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992, in der geltenden Fassung

Øvretveit, John (2009): Does improving quality save money? A Review of Evidence of which Improvement to Quality Reduce Costs for Health Service Providers. The Health Foundation, London

ÖZÄK-QSV 2007: Qualitätssicherungsverordnung 2007 der Österreichischen Zahnärztekammer

Psychologengesetz: Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologe“ oder „Psychologin“ und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz), BGBl. Nr. 360/1990, in der geltenden Fassung.

QS-VO 2012: Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 - QS-VO 2012), BGBl. II Nr. 452/2011, in der geltenden Fassung.

Schneider, Gabriel; Geiger, Ingrid Katharina (2008): Prozess- und Qualitätsmanagement: Grundlagen der Prozessgestaltung und Qualitätsverbesserung mit zahlreichen Beispielen, Repetitionsfragen und Antworten. Compendio Bildungsmedien AG

Steidle, Oliver (2010): Motivation und Qualität im Krankenhaus: Implementierung eines Motivationskonzeptes zum Qualitätsmanagement. Diplomica Verlag

Thaler, Ester (2013): Ärztlicher Qualitätsbericht 2012. Die Evaluierung der österreichischen Arztordinationen und Gruppenpraxen gemäß Qualitätssicherungsverordnung 2006.

Vereinbarung Art. 15a B-VG: Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der geltenden Fassung.

Weigert, Johann / Schlütersche (2004): Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagementsystem: ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege.

Internetquellen

- » www.patientensicherheit-online.de, 25.08.2014
- » http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar?search_letter=q, 25.08.2014
- » www.qualitaetsplattform.at, 25.08.2014
- » www.goeg.at/index.php?pid=arbeitsbereichdetail&ab=356&s, 25.08.2014
- » www.freiewohlfahrt.at, 25.08.2014

Anhang

Vom BMG für die FG Qualität zusammengestellte Information
betreffend Normung

Vom BMG für die FG Qualität zusammengestellte Information betreffend Normung

Hauptziel der Normung ist die Festlegung freiwilliger technischer oder die Qualität betreffender Spezifikationen, denen bereits bestehende oder künftige Produkte, Produktionsverfahren oder Dienstleistungen entsprechen können. Normung erstreckt sich über unterschiedliche Bereiche, beispielsweise die Normung unterschiedlicher Ausführungen oder Größen eines Produkts oder technische Spezifikationen in Produkt- oder Dienstleistungsmärkten, bei denen die Kompatibilität oder Interoperabilität mit anderen Produkten oder Systemen unerlässlich sind.

Die Anwendung der von den Normungsorganisationen entwickelten Normen ist freiwillig, d. h. es gibt weder nach EU-Recht noch nach österreichischer Rechtslage eine generelle Verpflichtung zur Anwendung. Die Anwendung von Normen beruht ausschließlich auf der freiwilligen Entscheidung des Rechtsträgers/Unternehmers.

Ausnahme: Gesetz/Verordnung erklärt eine bestimmte Norm als verbindlich bzw. sieht die Anwendung einer bestimmten Norm als verpflichtend vor. In diesem Fall wird die Norm gleichsam zum Bestandteil des Gesetzes bzw. der Verordnung.

Normen werden von folgenden Organisationen entwickelt:

Internationale Normungsorganisationen (dabei handelt es sich um internationale Non-Profit-Organisationen) – Entwicklung von internationalen Normen:

- ISO: Internationale Organisation für Normung
- IEC: Internationale Elektrotechnische Kommission
- ITU: Internationale Fernmeldeunion

Europäische Normungsorganisationen (dabei handelt es sich um europäische Non-Profit-Organisationen) – Entwicklung von Europäischen Normen:

- CEN: Europäisches Komitee für Normung
- Cenelec: Europäisches Komitee für Normung im Bereich für Elektrotechnik
- ETSI: Europäisches Normungsinstitut für Telekommunikation

Nationale Normungsorganisation – Verabschiedung von nationalen Normen und Mitwirkung bei den Internationalen und Europäischen Normungsorganisationen:

Österreichisches Normungsinstitut (Austrian Standards Institute):

Aufgrund des Normengesetzes 1971 hat der Wirtschaftsminister diesem Verein die Befugnis verliehen, die von ihm geschaffenen Normen als „Österreichische Normen (ÖNORMEN)“ zu bezeichnen. Das österreichische Normungsinstitut (Austrian Standards Institute) ist der einzige Verein in Österreich mit dieser Befugnis. Der Verein muss Sicherheit bieten, dass Stellen der Hoheitsverwaltung des Bundes und der Länder bei der Schaffung von ÖNORMEN mitwirken können.

Auch bei ÖNORMEN handelt es sich um freiwillige Standards (Ausnahme: Gesetz oder Verordnung erklärt ÖNORM zur Gänze oder teilweise für verbindlich).

Daneben: Überdies findet man diverse Personen, Personengruppen und Organisationen (i.d.R. in der Organisationsform des Vereins), die Standards entwickeln. Auch hier gilt: Unterwerfung unter Standard ist freiwillig.

Bedeutung der Normung:

Aufgrund der Verwendung von harmonisierten Normen besteht die Vermutung der Konformität von Produkten, die auf dem Markt angeboten werden. Normung kann – aus Sicht der Normungsorganisationen – dazu beitragen, die Wettbewerbsfähigkeit zu verbessern. Für die konkrete Entscheidung der freiwilligen Unterwerfung wird die Abwägung der konkreten Konkurrenzsituation mit den durch den Zertifizierungsprozess entstehenden Aufwendungen und den Verbesserungsmöglichkeiten im Qualitätsbereich abzuwägen sein.

In den letzten ca. 10 Jahren ist die Zunahme der Entwicklung von Normen für Dienstleistungen zu bemerken, die nicht in die Kategorie der klassischen Normen fallen.

Die EU will die Entwicklung von freiwilligen europäischen Normen fördern – seit neuestem auch im Bereich der Dienstleistungen:

- » Richtlinie 98/34/EG gilt nur für Produktnormen (Normen für Dienstleistungen nicht ausdrücklich erwähnt)
- » Verordnung (EU) Nr. 1025/2012 (gilt seit 1.1.2013): Anwendungsbereich auf Normen für Dienstleistungen ausgedehnt

Wie alle Normen sind auch Normen für Dienstleistungen freiwillig und sollten – laut EU – marktorientiert sein, wodurch „die Bedürfnisse der betroffenen Wirtschaftsteilnehmer und Interessenträger ausschlaggebend sind, das öffentliche Interesse sollte berücksichtigt werden“ (so Verordnung).

Normen sollen auf Konsensprinzip (bedeutet nicht unbedingt Einstimmigkeit) gegründet sein.

Die EU-Verordnung ermöglicht der EU-Kommission Normungsorganisationen zu beauftragen, eine europäische Norm zu erarbeiten, jedoch ist die Zuständigkeitsverteilung zwischen der EU und den Mitgliedstaaten zu beachten (z. B. fällt in die ausschließliche Zuständigkeit der Mitgliedstaaten die wesentlichen Grundsätze der sozialen Sicherheit, der Berufsbildung und der öffentlichen Gesundheit festzulegen und die Rahmenbedingungen für die in diesen Systemen erbrachten Dienstleistungen zu schaffen, einschließlich der Festlegung der für sie geltenden Anforderungen sowie Qualitäts- und Sicherheitsstandards).

Die EK leitet eine grundsätzliche Kompetenz, Normungsaufträge auch im Gesundheitsbereich zu vergeben, neuerdings auch aus Artikel 10 der Cross Border Directive (Richtlinie 2011/24/EU) ab, wo die Mitgliedstaaten zur Zusammenarbeit betreffend Standards etc. aufgefordert werden.

Als ersten Schritt will die EK 2014 eine Machbarkeitsstudie beauftragen, um den Bestand der internationalen und nationalen Normen zu Gesundheitsdienstleistungen zu ermitteln. Ferner will die EK Bedingungen festlegen, die für die Entwicklung von Normen für Gesundheitsleistungen – auch in Bezug auf klinische Normen – gelten könnten (Arbeitsprogramm der Union für europäische Normung 2014, 2.2.19).