

Präambel

Die Österreichische Ärztekammer bekennt sich im Zusammenhang mit der Qualitätssicherungs-Verordnung 2006 ausdrücklich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Versorgungsqualität der medizinisch-ärztlichen Leistungen und der persönlichen Betreuung der Patientinnen und Patienten.

Besonders hervorgehoben werden in diesem Zusammenhang die Bemühungen der Ärzteschaft, für Behinderte den Zugang zum medizinisch-ärztlichen Leistungsangebot zu verbessern, die Ärztinnen und Ärzte von neuen Erkenntnissen der Medizin und Leitlinien zu informieren und in der Dokumentation von Vergleichszahlen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mitzuarbeiten.

Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Gruppenpraxen (Qualitätssicherungs-Verordnung 2006 – QS-VO 2006) gemäß § 118 c Ärztegesetz 1998, BGBl I Nr. 169/98, idF BGBl I Nr. 179/2004 beschlossen vom 112. Österreichischen Ärztekammertag in Wien am 16. Dezember 2005 gemäß § 122 Z 6 ÄrzteG 1998 idF BGBl. I Nr. 179/2004)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Sprachliche Gleichbehandlung
- § 2 Ziel und Gegenstand dieser Verordnung
- § 3 Anwendungsbereich
- § 4 Begriffsbestimmungen

Abschnitt II

Qualitätskriterien für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

- § 5 Allgemeines
- § 6 Kriterien für Strukturqualität für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen
- § 7 Ausstattung
- § 8 Kriterien für Prozessqualität für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Abschnitt III

Qualitätsevaluierung

- § 9 Evaluierungsverfahren
- § 10 Stichprobenartige Ordinationsbesuche
- § 11 Ordinationsbesuche
- § 12 Erste Evaluierung
- § 13 Kontrolle und Mängelbehebung

Abschnitt IV
Datenübermittlung und Qualitätsregister

- § 14 Datenübermittlung und Qualitätsregister
- § 15 Qualitätsregister
- § 16 Führung und Verwaltung des Qualitätsregisters

Abschnitt V
Sonstige Bestimmungen

- § 17 Vollzugsbestimmung
- § 18 In-Kraft-Treten

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Sprachliche Gleichbehandlung

Die Bezeichnung Arzt/Ärztin bezieht sich in dieser Verordnung auf sämtliche niedergelassene Ärzte/Ärztinnen sowie auf Gruppenpraxen, soweit in der Verordnung nichts anderes bestimmt ist.

§ 2 Ziel und Gegenstand dieser Verordnung

(1) Diese Verordnung verfolgt - basierend auf den Prinzipien Patientenorientierung, Patientensicherheit und Transparenz - das Ziel, durch systematische Qualitätssicherung die Qualität der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Gruppenpraxen nachhaltig zu gewährleisten.

(2) Gegenstand dieser Verordnung ist

1. die Festlegung der zu evaluierenden Kriterien,
2. die Kontrolle der Evaluierungsergebnisse,
3. die Kriterien für die diesbezügliche Datenübermittlung und
4. das von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement GmbH (im folgenden ÖQMed) zu führende Qualitätsregister.

§ 3 Anwendungsbereich

(1) Diese Verordnung gilt für alle niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen sowie Gruppenpraxen im gesamten Bundesgebiet. Sie regelt deren Rechte und Pflichten bei der Evaluierung der Qualität gemäß §§ 49 und 56 ÄrzteG 1998.

(2) Diese Verordnung regelt in Ausführung der §§ 118a ff ÄrzteG 1998 die Aufgaben der ÖQMed bei

1. der Qualitätsevaluierung,

2. der Kontrolle der Evaluierungsergebnisse, einschließlich der Bekanntgabe der Ergebnisse der Evaluierung sowie der Information über Kontrollen an gesetzliche Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeeinrichtungen nach deren Anfrage,
3. der Datenübermittlung, einschließlich der Zurverfügungstellung der Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle an den Bundesminister/die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen und die Ärztekammern in anonymisierter Form,
4. der Führung des Qualitätsregisters.

(3) Soweit diese Verordnung Vorschriften über die Unterstützung der ÖQMed durch die Ärztekammern in den Bundesländern bei der Kontrolle der Mängelbehebungen enthält (§ 118a Abs 4 iVm § 66 Abs 2 Z 13 ÄrzteG 1998), ist sie auch auf die Ärztekammern in den Bundesländern anzuwenden.

§ 4 Begriffsbestimmungen

1. „Qualität“: Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.
2. „Strukturqualität“: Resultiert aus der Summe der humanen und materiellen Ressourcen, über die eine Ordination in quantitativer und qualitativer Hinsicht verfügt. Dazu zählen: Räumlichkeiten, jegliche Ausstattung und personelle Ressourcen wie der Arzt/die Ärztin selbst und seine/ihre Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen.
3. „Prozessqualität“: Resultiert aus der Summe jener Faktoren, die alle Behandlungsschritte und Arbeitsschritte am Patienten/an der Patientin selbst im weitesten Sinne betreffen, und dem Stand des ärztlichen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.
4. „Qualitätsrelevant“: Jene Texte und Arbeitsschritte, die sich aus §§ 118a ff ÄrzteG 1998 ableiten, also in Zusammenhang mit Qualitätskriterien, Evaluierungsfragebögen, ärztlicher Qualitätserfassung, der Führung des Qualitätsregisters und der damit zusammenhängenden Beauskunftung und Kontrolle stehen.
5. „Transparenz“: Nachvollziehbarkeit von qualitätsbezogenen Entscheidungen durch Offenlegung und ausreichende Kommunikation und Information; Basis für objektive Beurteilungen und für die kontinuierliche Verbesserung.
6. „Qualitätsindikatoren“: Messgrößen für die Feststellung, ob einem vorgegebenen Standard entsprochen wird.
7. „Qualitätserfassung“: Erhebung im Zuge eines Evaluierungsprozesses und einer abschließenden Beurteilung, ob einem definierten Standard entsprochen wird.
8. „Evaluierungsprozess“: Selbstevaluierung, Auswertung, Überprüfung der Validität (des Zutreffens einzelner Parameter) der Selbstevaluierung und allfällige Verbesserungsaufträge.
9. „Selbstevaluierung“: Erhebung vorgeschriebener Kriterien für Struktur- und Prozessqualität anhand standardisierter Fragebögen durch Ärzte/Ärztinnen.
10. „Überprüfung“: Verifizierung des Zutreffens (der Validität) der Ergebnisse der Selbstevaluierung durch einen Qualitätssicherungsbeauftragten/eine Qualitätssicherungsbeauftragte.
11. „Kontrolle“: Verifizierung der Mängelbehebung gemäß § 118a Abs 3 bis 6 ÄrzteG 1998.
12. „Qualitätssicherungsbeauftragter“/„Qualitätssicherungsbeauftragte“, („Verifikator“/„Verifikatorin“): Arzt/Ärztin mit einer Ausbildung, die von der österreichischen Ärzte-

kammer anerkannt ist, der/die von der Ärztekammer des jeweiligen Bundeslandes nominiert und von der ÖQMed bestätigt wird.

13. „Plausibilitätsprüfung“: Feststellung der Stichhaltigkeit der ausgefüllten Fragebögen.

14. „Verbesserungsmaßnahme“: Erfüllung des Mängelbehebungsauftrages im Sinne des § 118a Abs. 4 ÄrzteG 1998.

15. „Qualitätsregister“: Gesamtheit der erfassten qualitätsrelevanten Daten aus Evaluierung und Kontrolle gem. § 118a Abs. 3 ÄrzteG 1998 sowie der erforderlichen Stammdaten der Ärzte/Ärztinnen.

Abschnitt II

Qualitätskriterien für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

§ 5 Allgemeines

(1) Gegenstand dieses Abschnittes sind ausschließlich jene Merkmale von Struktur- und Prozessqualität, die vom Arzt/von der Ärztin selbst verantwortet werden und seinem/ihrem Einfluss unterliegen.

(2) Die im Folgenden genannten Kriterien bilden die Grundlage für die Erstellung von fachspezifischen Evaluierungsbögen. Sie sind als Qualitätsindikatoren geeignet oder liefern Informationen zum Qualitätsumfeld der Ärzteschaft.

§ 6 Kriterien für Strukturqualität

Als verbindliche Kriterien hinsichtlich der Strukturqualität von Ärzten/Ärztinnen gelten:

Z 1. Kriterium „Patientenversorgung – Erreichbarkeit“

Die Patientenversorgung wird gewährleistet, wenn die Ordination grundsätzlich während der deklarierten Zeit geöffnet ist. Für den Fall, dass der Arzt/die Ärztin wegen Urlaubs, Krankheit oder anderweitiger Verhinderung nicht zugegen ist, ist seine/ihre Vertretung geregelt und für die Patienten/die Patientinnen nachvollziehbar kommuniziert. Arzt/Ärztin oder Ordinationshilfe sind während der deklarierten Öffnungszeiten grundsätzlich erreichbar.

Insofern die organisatorische Notwendigkeit besteht, ist abgesehen vom Arzt/von der Ärztin selbst während der deklarierten Ordinationszeiten mindestens ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin in der Ordination anwesend und für die Patienten/die Patientinnen erreichbar.

Patienten/Patientinnen mit akuten Beschwerden erhalten je nach den dargestellten Symptomen kurzfristig einen Termin in der Ordination oder werden an eine Vertretung oder einen Ärztenotdienst verwiesen.

Bei Notwendigkeit führt der Arzt/die Ärztin Hausbesuche durch. Kriterien, wann der Arzt/die Ärztin Hausbesuche durchführt, sind der Telefonvermittlung der Ordination bekannt.

Über eventuelle Barrieren kann sich der Patient/die Patientin schon vor dem Besuch der Ordination von zu Hause aus informieren.

Um die Zielsetzung der Barrierefreiheit zu erreichen, ist ab 1.7.2006 bei Neugründung einer Ordination oder bei Ordinationsnachfolge eine Konsultation mit einem Behindertenverband durchzuführen.

Erfüllt der Arzt/die Ärztin die Voraussetzungen einer barrierefreien Ordination, so ist er oder sie ab 1.1.2006 nach Konsultation mit einem Behindertenverband in die Liste gem. § 16 dieser Verordnung aufzunehmen.

Z 2. Kriterium „Patientenversorgung – Notfallvorsorge“

Der Arzt/die Ärztin und seine/ihre Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sind auf das Auftreten von Notfällen vorbereitet. Es gibt Vorkehrungen für Notfälle und Erste-Hilfe-Leistungen, die den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Ordination bekannt sind.

Z 3. Kriterium „Ordinationsräumlichkeiten“

Die Ordination verfügt über Räumlichkeiten, die in Größe und Anzahl der Einzelräume sowie in der Ausstattung den medizinischen und administrativen Anforderungen entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum gerecht werden.

Die vertrauliche Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin ist gewährleistet. Administrative Patientenbelange werden unter Wahrung der Vertraulichkeit der Patientendaten geregelt.

Z 4. Kriterium „Hygiene“

In der Ordination gibt es Durchführungsanweisungen für die Erfüllung der Grundanforderungen für Hygiene und Sauberkeit. Ein Zuständiger/eine Zuständige für die Einhaltung ist nominiert. Kontaminierter oder gefährlicher Abfall wird so gelagert und entsorgt, dass er keine Gefahr für den/die Arzt/Ärztin selbst, seine/ihre Mitarbeiter/Mitarbeiterin oder die Patienten/die Patientinnen darstellt.

Z 5. Kriterium „Medizinisch-Technische Ausstattung – allgemein“

Die Grundausrüstung zur allgemein-medizinischen bzw. fachspezifisch-medizinischen Versorgung ist entsprechend dem angebotenen Leistungsspektrum vorhanden.

Z 6. Kriterium „Notfallausstattung“

Eine Notfallausstattung ist entsprechend der fachspezifischen Berufsausübung vorhanden und wird regelmäßig gewartet. Allfällige Verantwortlichkeiten sind den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen bekannt.

Z 7. Kriterium „Arzneimittelverfügbarkeit und –qualität“

Die Ordination stellt die Einhaltung der Haltbarkeitsdaten, sowie die vorschriftsmäßige Lagerung der Arzneimittel sicher. Zeitgerechte Nachbestellung gewährleistet die Verfügbarkeit.

Z 8. Kriterium „Ordinationsbedarf“

Medizinisches Verbrauchsmaterial ist in ausreichender Menge vorhanden und wird ordnungsgemäß gelagert. Die Bestellung ist intern geregelt. Die Kontrolle der Ablaufdaten gewährleistet, dass nur Material innerhalb der Verbrauchsfrist eingesetzt wird.

Z 9. Kriterium „Apparative Ausstattung“

Für medizinisch-technische Apparate liegen Gerätehandbücher auf. Allfällige gesetzliche Vorgaben werden eingehalten und vorgeschriebene Überprüfungen finden vorschriftsmäßig statt. Die Verlässlichkeit der Ergebnisse von eigenen Laboruntersuchungen wird im Rahmen von Ringversuchen oder durch andere Vergleiche überprüft. Geräte für physikalische Messgrößen sind nach Möglichkeit geeicht.

Z 10. Kriterium „Standard für die fachliche Qualifikation“

Der Arzt/die Ärztin ist über die theoretischen und praxisbezogenen Veränderungen und Fortschritte in Diagnostik und Therapie seines/ihrer Fachgebietes nach dem aktuellen Stand der Medizin informiert. Er/Sie hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder ÖÄK oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden (§ 49 Abs. 1 ÄrzteG). Der Arzt erwirbt für seine ärztliche Tätigkeit durch die Fortbildung zeitgemäße wissenschaftliche Erkenntnisse zum Beispiel auch durch approbierte Fortbildungsveranstaltungen nach dem Diplomfortbildungsprogramm, sonstige Fortbildungsveranstaltungen, Literaturstudium, EbM und Leitlinienstudien.

Alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, bei denen es medizinisch / fachlich geboten ist, verfügen über eine entsprechende spezifische Ausbildung. Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Ordination, die Geräte bedienen, sind auf die Anwendungen geschult. Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Ordination haben klar definierte Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Für den Fall von Abwesenheiten ist die Vertretung unter den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen unter Berücksichtigung der jeweiligen Qualifikation geregelt. Die fachliche Weiterbildung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin wird vom Arzt/von der Ärztin gefördert.

Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sind über ihre Verschwiegenheitspflicht nachweislich informiert.

§ 7 Ausstattung

(1) Die Ausstattung der Ordination ist ein Merkmal der Strukturqualität.

(2) Maßstab der Ausstattung der Ordination (Erst- und Zweitordination) ist das Leistungsspektrum des jeweiligen Sonderfaches oder eines Teilbereiches im extramuralen Bereich bzw. die vom Ordinationsinhaber/von der Ordinationsinhaberin definierte und bei der Evaluierung bekannt zu gebende Funktion seiner/ihrer Ordination.

§ 8 Kriterien für Prozessqualität für niedergelassene Ärzte/Ärztinnen

Z 1. Kriterium „Patientenhistorie und Dokumentation“

Patientenbezogene Daten werden systematisch und nachvollziehbar dokumentiert. Der Behandlungsablauf ist nachvollziehbar.

Die Daten sind vor fremdem Zugriff und vor Verlust geschützt.

Die Archivierung der patientenbezogenen Daten über einen Zeitraum von 10 Jahren ist sichergestellt.

Nichtärztliche Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die bei der Durchführung medizinischer Tätigkeiten unterstützen, sind über behandlungsrelevante Patientendaten mit Gefahren- oder Komplikationspotential informiert.

Z 2. Kriterium „Befundverwaltung und Befundweiterleitung“

Befunde werden systematisch verwaltet und können schnell und sicher unter Wahrung der Schweigepflicht weitergeleitet werden.

Z 3. Kriterium „Patientenkommunikation und Patientenaufklärung“

Patienten/Patientinnen werden über (potentielle) Risiken wie z.B. Nebenwirkungen von Diagnoseverfahren und Therapie (einschließlich Arzneimittel) aufgeklärt. Der Arzt/die Ärztin informiert über in Frage kommende Behandlungsalternativen sowie über voraussichtliche an ihn/sie zu entrichtende Kosten. Es ist gewährleistet, dass der Patient/die Patientin über ihn/sie betreffende Befunde informiert wird.

Erforderliche schriftliche Einverständniserklärungen des Patienten/der Patientin und allfällige Aufklärungsunterlagen verbleiben nachvollziehbar beim Patientenakt.

Wenn aus Einschätzung des Arztes/der Ärztin der Aufklärungsinhalt nicht verständlich gemacht werden kann, werden im Einvernehmen mit dem Patienten/der Patientin Angehörige oder Begleitpersonen in die Aufklärung einbezogen.

Z 4. Kriterium „Ärztliche Behandlung“

Zeitgemäße wissenschaftliche Kenntnisse, die der Arzt/die Ärztin während seiner/ihrer Fortbildung erwirbt, fließen in die tägliche Praxis ein. Die Zusammenarbeit mit (anderen) Ärzten/Ärztinnen bzw. Spezialisten/Spezialistinnen und anderen Gesundheitsberufen ist Bestandteil der Patientenbetreuung.

Der Arzt/die Ärztin ist bemüht, unter den gegebenen baulichen Verhältnissen auch bewegungseingeschränkten Personen den Zugang zur Ordination zu ermöglichen. Sollte eine solche Möglichkeit nicht vorhanden sein, informiert er/sie den Patienten/die Patientin von der nächsten geeigneten Einrichtung, die die entsprechende Behandlung anbietet.

Z 5. Kriterium „Interne Kommunikation“

Regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen finden statt und gewährleisten, dass die generellen und speziellen Ziele der Ordination allen Beschäftigten bekannt sind. Die Möglichkeit zum Feedback an den Ordinationsführenden/die Ordinationsführende ist gegeben und erwünscht. Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen werden in regelmäßigen Abständen unterwiesen bzw. geschult.

Z6. Kriterium „Unerwünschte Ereignisse / Patientensicherheit“

Unerwünschte Ereignisse werden mit allen (potentiell) beteiligten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen besprochen. Eine Ursachenfindung wird angestrebt. Maßnahmen werden gesetzt, um das Wiederauftreten des unerwünschten Ereignisses zu verhindern. Der/Die von einem unerwünschten Ereignis betroffene Patient/Patientin wird im Sinne des § 58 a Abs. 2 ÄrzteG nach Rücksprache mit der Haftpflichtversicherung des Arztes/der Ärztin von diesem/dieser nachweislich über den Sachverhalt informiert.

Z 7. Kriterium „Beschwerdemanagement“

Eine Vorgangsweise für den Umgang mit Beschwerden von Patienten/Patientinnen, Ärztekollegen/ÄrztKolleginnen oder externen Schnittstellen ist etabliert. Eine Ursachenfindung wird angestrebt und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen definiert.

Der Vorgang beinhaltet gegebenenfalls auch die Information der Patienten/Patientinnen über die Patientenschiedsstellen und die Patientenanwaltschaft.

Abschnitt III

Qualitätsevaluierung und Kontrolle

§ 9 Evaluierungsverfahren

- (1) Im Rahmen des Evaluierungsverfahrens hat die ÖQMed allen Ärzten/Ärztinnen einen Evaluierungsbogen zur Selbstevaluierung elektronisch oder in Papierform zur Verfügung zu stellen.
- (2) Jeder Arzt/jede Ärztin hat den übermittelten Evaluierungsbogen auszufüllen und grundsätzlich binnen einer Frist von vier Wochen auf seine/ihre Kosten an die ÖQMed zu retournieren.
- (3) Die ÖQMed hat die retournierten Evaluierungsbögen binnen angemessener Frist auf Plausibilität zu prüfen und auszuwerten.

§ 10 Stichprobenartige Ordinationsbesuche

- (1) Die Ergebnisse der Selbstevaluierung werden durch stichprobenartige Ordinationsbesuche überprüft.
- (2) Die ÖQMed entscheidet nach Befassung des wissenschaftlichen Beirates im Evaluierungsbeirat über den Prozentsatz („Größe“) der Stichproben je nach Gesamtzahl der Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin und der Fachärzte/Fachärztinnen des jeweiligen Sonderfaches.
- (3) Welche Ordination im Rahmen von stichprobenartigen Ordinationsbesuchen zu besuchen ist, wird nach dem Zufallsprinzip ermittelt. Die Ärztekammern werden darüber informiert, durch welchen Qualitätssicherungsbeauftragten/welche Qualitätssicherungsbeauftragte welche Ordinationen besucht werden.

§ 11 Ordinationsbesuche

- (1) Von einem Ordinationsbesuch ist der Arzt/die Ärztin sechs Wochen im Vorhinein zu verständigen. Der Termin des Ordinationsbesuches ist mit ihm/ihr zu vereinbaren. Kommt trotz ernsthaften Bemühens aufgrund des Verhaltens des Arztes/der Ärztin ein Ordinationsbesuch nicht zustande, so stellt dies eine Berufspflichtverletzung im Sinne des § 49 Abs 2b ÄrzteG 1998 dar.
- (2) Ordinationsbesuche erfolgen durch Qualitätssicherungsbeauftragte anhand den von der ÖQMed vorgegebenen objektiven Kriterien.
- (3) Welcher/welche konkrete Qualitätssicherungsbeauftragte einen konkreten Ordinationsbesuch durchführt, ist von der ÖQMed im Vorhinein mit der Ärztekammer des jeweiligen Bundeslandes abzustimmen.

§ 12 Erste Evaluierung

- (1) Jeder Arzt/jede Ärztin muss gemäß § 49 Abs 2b ÄrzteG 1998 bis spätestens zum Ablauf des 31. Dezember 2008 die erste Evaluierung durchgeführt und den vollständigen Evaluierungsbogen an die ÖQMed übermittelt haben.
- (2) Im Jahr 2009 wird die erstmalige Evaluierung, die Kontrolle der Mängelbehebung, die diesbezügliche Datenübertragung in das Qualitätsregister abgeschlossen.
- (3) Den Ärztekammern sind die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle im Sinne des § 118a Abs. 6 Ärztegesetz anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

§ 13 Kontrolle und Mängelbehebung

- (1) Wird im Rahmen der Qualitätsevaluierung ein Mangel festgestellt, so hat die ÖQMed den Arzt/die Ärztin zur Behebung des Mangels aufzufordern. Für die Mängelbehebung ist von der ÖQMed durch den Evaluierungsbeirat eine je nach Mangel angemessene Frist festzulegen.
- (2) Der Arzt/die Ärztin hat den Mangel innerhalb der Frist des Abs. 1 zu beheben und die erfolgte Mängelbehebung der ÖQMed zu melden.
- (3) Der Geschäftsführer/die Geschäftsführerin der ÖQMed und der Vorsitzende/die Vorsitzende des Evaluierungsbeirates haben aufgrund der Meldung im Einvernehmen festzulegen, ob eine Kontrolle der Mängelbehebung durch einen Ordinationsbesuch stattzufinden hat.
- (4) Die Ärztekammern in den Bundesländern haben die Gesellschaft bei der anschließenden Kontrolle der Mängelbehebung zu unterstützen.
- (5) Auf Wunsch des/der betroffenen Arztes/Ärztin ist beim zweiten Ordinationsbesuch zur Kontrolle der Mängelbehebung ein fachkompetenter Angehöriger/eine fachkompetente Angehörige der zuständigen Ärztekammer beizuziehen. Auf Wunsch des/der betroffenen Arztes/Ärztin ist die ÖQMed verpflichtet, der zuständigen Ärztekammer alle in der ÖQMed aufliegenden Unterlagen über Mängelbehebung, Verbesserungsvorschläge und Ordinationsbesuche auszuhändigen.

Abschnitt IV

§ 14 Datenübermittlung und Qualitätsregister

- (1) Die qualitätsrelevanten Daten aus der Selbstevaluierung sind von den Ärzten/Ärztinnen innerhalb des in § 13 Abs. 2 dieser Verordnung festgelegten Zeitraums wie folgt an die ÖQMed zu übermitteln:
 1. Durch Retournerung des vollständig ausgefüllten Evaluierungsfragebogens in einem verschlossenen Umschlag (die Erfassung und Eingabe der Daten erfolgt diesfalls durch geschulte Datenbankadministratoren/Datenbankadministratorinnen von ÖQMed)
oder
 2. durch Selbsteingabe ihrer Evaluierungsergebnisse via Internet (zu diesem Zweck vergibt die ÖQMed personenbezogene Passwörter).
- (2) Übermittlungen von Ergebnisdaten gemäß § 118a Abs 5 ÄrzteG 1998 müssen vor dem Versenden überprüft und vom Geschäftsführer/von der Geschäftsführerin der ÖQMed freigegeben werden. Die Datenübermittlung gemäß § 118a Abs 5 ÄrzteG 1998 darf, solange nicht

sichergestellt ist, dass der anfragende Krankenversicherungsträger der autorisierte Datenempfänger selbst ist, nur in Papierform und mittels eingeschriebenen Briefes erfolgen. Dabei muss der Empfänger/die Empfängerin am Poststück klar erkennbar und der äußere Umschlag verschlossen und mit „persönlich/vertraulich“ gekennzeichnet sein. Die Datenübermittlung umfasst den jeweils aktuellen Stand der Evaluierung des Arztes/der Ärztin.

(3) Die Übermittlung der Evaluierungs- und Qualitätskontrollergebnisse gemäß § 118a Abs 6 ÄrzteG 1998 an den Bundesminister/die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen oder an die Ärztekammern in anonymisierter Form kann elektronisch erfolgen, wenn von Empfängerseite sichergestellt ist, dass nur autorisiertes Personal Zugang zu den Daten hat.

(4) Die Übermittlung der jeweiligen individuellen Daten an den jeweiligen Arzt/die jeweilige Ärztin darf nur nach dessen/deren vorheriger schriftlicher Einverständniserklärung elektronisch erfolgen. Sofern keine derartige schriftliche Einverständniserklärung vorliegt, erfolgt die Datenübermittlung mittels eingeschriebenen Briefes mit der Kennzeichnung „persönlich/vertraulich“.

§ 15 Qualitätsregister

(1) Inhalt des Qualitätsregisters sind insbesondere Stammdaten der Ärzte/Ärztinnen sowie qualitätsrelevante Daten, wie die aus den Qualitätskriterien abgeleiteten Evaluierungsfragen und die Evaluierungsergebnisse. Jede Änderung der Daten im Qualitätsregister wird mittels eines formalisierten und standardisierten Verfahrens durchgeführt („Change Control“).

(2) Die fertiggestellte Datenbank darf - mit Ausnahme der aus administrativen Gründen unbedingt erforderlichen Schnittstellen - keine weiteren Schnittstellen zu anderen Computersystemen haben, um den Schutz des Datenträgers und der Daten vor unbefugter Einsicht und Verwendung sicherzustellen („stand-alone-Lösung“). Bei Schnittstellen, die aus administrativen Gründen (wie z.B. die Vielzahl der Änderungen der Stammdaten aus der elektronisch geführten Ärzteliste) notwendig sind, ist sicher zu stellen, dass darüber kein unbefugter Zugriff auf das Qualitätsregister erfolgen kann.

§ 16 Führung und Verwaltung des Qualitätsregisters

(1) Die Führung des Qualitätsregisters obliegt der ÖQMed.

(2) Die Eingabe, Kontrolle und Verwaltung von Daten ist in der Standardarbeitsanweisung festzulegen und nur von nachweislich - insbesondere hinsichtlich Dokumentation der durchgeführten Verwendungsvorgänge, Verschwiegenheitspflicht etc - geschulten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen (Datenbankadministratoren/Datenbankadministratorinnen) durchzuführen. Jeder Zugriff auf die Daten zu Lese-, Eingabe- und Abfragezwecken ist zu protokollieren.

(3) Die Datensicherung wird durch eine zu definierende „Back-up-Lösung“, unter Beachtung der technischen Möglichkeiten, gewährleistet.

(4) Die ÖQMed hat nach Beratung mit Behindertenverbänden eine Liste über barrierefreie Ordinationen zu führen.

(5) Jeder Patient/Jede Patientin hat ein Recht auf Information über den Inhalt zu dieser Liste.

Abschnitt V
Sonstige Bestimmungen

§ 17 Vollzugsbestimmung

Die Vollziehung dieser Verordnung obliegt der Österreichischen Ärztekammer.

§ 18 In-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt vier Wochen nach Kundmachung des Volltextes im Internet in Kraft.