

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI)

Bericht 2025

zu den A-OQI Qualitätszirkeln

„Diabetes mellitus Typ 2“

**Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss
im Juni 2026**

Impressum

Autorinnen und Autor (alphabetisch gereiht):

Fabiola Fuchs, ÖGK

Eva Gartner, ÖQMED

Claudia Kößldorfer, GÖG

Klemens Pokorny, BMASGPK

Martina Santner, GÖG

Andrea Unden, GÖG

Nina Zimmermann, GÖG

Fachliche Begleitung durch die Arbeitsgruppe Qualitätsmessung

Zitiervorschlag:

BMASGPK (2026): Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI). Bericht 2025 zu den A-OQI Qualitätszirkeln „Diabetes mellitus Typ 2“. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch die Sektion X

Erscheinungsdatum:

Juni 2026

Kurzfassung

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurde festgelegt, dass eine Qualitätsmessung im ambulanten Bereich (niedergelassener und spitalsambulanter Bereich) aufgebaut werden soll. Ein entsprechendes Konzept wurde im April 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) abgenommen. Der Auftrag zur Durchführung von ambulanten Qualitätszirkeln ist im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 innerhalb des strategischen Ziels 2 („Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“) im operativen Ziel 8 („Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen“) verankert.

Das Ziel von A-OQI Qualitätszirkeln ist, tiefergehende Analysen zur Versorgung einer bestimmten Patientenklientel anzustellen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen abzuleiten, die auch entsprechend dokumentiert werden.

Methodisches Vorgehen

A-OQI Qualitätszirkel laufen in drei Schritten ab: Datenpräsentation, moderierte Diskussion in Hinblick auf Verbesserungspotenziale und Erarbeitung von Vorschlägen für qualitätsoptimierende Maßnahmen. Die Dokumentation erfolgt anhand eines strukturierten Feedbackfragebogens.

2025 wurden 13 A-OQI Qualitätszirkel zum Thema „Diabetes mellitus Typ 2“ durchgeführt und es wurde jeweils ein Feedbackfragebogen als Gruppenantwort erfasst. Ausgewählte Ergebnisse dieser A-OQI Qualitätszirkel werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Ausgewählte Ergebnisse der A-OQI Qualitätszirkel 2025

Die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel geben an, dass jede Form von Terminerinnerung dazu beitragen würde, dass Patientinnen und Patienten notwendige Kontrolluntersuchungen einhalten.

Die problemlose Erreichbarkeit verschiedener (benachteiligter) Bevölkerungsgruppen kann im überwiegenden Teil der Versorgungsregionen nicht gewährleistet werden.



Die Patientinnen und Patienten benötigen besonders häufig grundlegende **Informationen zu der Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2** sowie zur **Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrollen**. Insgesamt besteht ein sehr hoher Informationsbedarf.

Besonders großer **Optimierungsbedarf** besteht bei der **Verfügbarkeit zeitgerechter fachärztlicher Untersuchungen** sowie bei **Schulungen zu diabetesspezifischen Themen** – etwa Insulinschulungen, Schulungen zu Akutsituationen, zur Prävention des diabetischen Fußsyndroms oder zur Ernährung und Alkohol-/Nikotinentwöhnung. Maßnahmen im Bereich der **Informationsveranstaltungen für Angehörige** und deren Einbindung sind derzeit nur teilweise oder überhaupt nicht gegeben.





Bei der **Verfügbarkeit der Gesundheitsdiensteanbieter:innen** (GDA) in den Versorgungsregionen gibt es **große Unterschiede**. Während Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin flächendeckend und zeitgerecht verfügbar sind, sind Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde nur in Teilen der Versorgungsregionen und oft nicht zeitgerecht verfügbar. *Gar nicht bis nicht zeitgerecht* sind in den meisten Versorgungsregionen Sozialarbeiter:innen, Psychologinnen und Psychologen, Diabetesberater:innen, Diätologinnen und Diätologen sowie eine medizinische Fußpflege verfügbar. Ein **hoher Optimierungsbedarf** wird auch bei der **Verfügbarkeit von Reha-Einrichtungen bzw. Reha-Angeboten** genannt.



In rund 80 Prozent stehen den Ärztinnen und Ärzten in der Versorgungsregion **keine Angebote zum vernetzten Arbeiten oder Hilfestellungen bei Problemen** bzw. Fragen – über Helpdesks oder Hotlines – zur Verfügung. Auch eine elektronische Dokumentations- und Kommunikationsmöglichkeit ist in etwa der Hälfte der Fälle nicht gegeben.

Verbesserungspotenzial für die Informationsweitergabe besteht zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Spitälern/Ambulanzen und GDA, welche diabetesspezifische Schulungen anbieten. Die **Informationsweitergabe** unter diesen Stakeholderinnen und Stakeholdern / Organisationen wurde von keiner Versorgungsregion als **völlig problemlos eingestuft**.



Die Gesamtbeurteilung zeigt, dass **jedenfalls Verbesserungspotenzial vorliegt**. Der größte Teil (ca. 80 %) findet die Versorgung gut, merkt aber an, dass es in der gesamten Versorgungsregion Verbesserungsbedarf gibt. 20 Prozent sagen, dass die Versorgung in Teilen der Versorgungsregion sehr gut bzw. gut ist, aber trotzdem punktuell Verbesserungsbedarf besteht.

Schlussfolgerung

Bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit „Diabetes mellitus Typ 2“ zeigt sich, dass laut den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der A-OQI Qualitätszirkeln in vielen Bereichen Optimierungsbedarf besteht. Besonders bei den Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern wurde ein erheblicher Handlungsbedarf deutlich – sowohl bei der Verfügbarkeit ihrer Leistungen als auch in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal.

Schlüsselwörter

Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI), Diabetes mellitus Typ 2, Qualitätszirkel, ambulante Qualitätsmessung

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen	VI
Abkürzungen.....	IX
Glossar	X
1 Historie, Hintergrund.....	1
1.1 Bezug zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag	1
1.2 Neue Governance in der Zielsteuerung-Gesundheit	2
2 Konzepte: Qualitätsmessung und Qualitätszirkel im ambulanten Bereich	3
2.1 Thematische Schwerpunkte	3
2.2 PDCA-Zyklus.....	4
3 Regionsprofile und Qualitätsindikatoren	6
3.1 Regionsprofile	6
3.2 Grundpopulation	6
3.3 Qualitätsindikatoren.....	8
3.3.1 Indikator A: Arztkontakte Allgemeinmedizin und Augenheilkunde.....	9
3.3.2 Indikator B: Ausgewählte Laborparameter	11
3.3.3 Indikator C: Ergebnisqualität.....	12
4 A-OQI Qualitätszirkel 2025	14
4.1 Überblick, Ablauf	14
4.1.1 Erläuterung zum Feedbackfragebogen	16
4.2 Ergebnisse aus den A-OQI Qualitätszirkeln.....	17
4.2.1 Terminwahrnehmung und Erreichung der Patientinnen und Patienten	17
4.2.2 Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten	20
4.2.3 Angebote und Maßnahmen für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige	21
4.2.4 Angebote für Ärztinnen und Ärzte.....	30
4.2.5 Kooperation	31
4.2.6 Gesamtbeurteilung	32
4.3 Verbesserungsvorschläge	33
5 Schlussfolgerung.....	36
6 Ausblick.....	39
Anhang.....	41

Abbildungen

Abbildung 1:	Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 8	2
Abbildung 2:	Thematische Schwerpunkte.....	3
Abbildung 3:	Adaptierter PDCA-Zyklus A-OQI	4
Abbildung 4:	Grundpopulation (Anzahl der Diabetes Mellitus Typ 2-Patientinnen/ Patienten) nach Bundesland; Datenjahr 2023;	8
Abbildung 5:	Anteil der am Disease Management Programm „Therapie Aktiv“ (DMP) teilnehmenden Diabetes Mellitus Typ 2-Patientinnen/Patienten; Datenjahr 2023;	10
Abbildung 6:	Anteil der am DMP teilnehmenden Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner; Datenjahr 2023;	11
Abbildung 7:	Prozessindikatoren DM2 Österreich; Datenjahr 2023	12
Abbildung 8:	Ergebnisindikatoren DM2 Österreich, Datenjahre 2021-2023.....	13
Abbildung 9:	Ablauf A-OQI Qualitätszirkel.....	14
Abbildung 10:	Überblick über die A-OQI Qualitätszirkel inklusive Anzahl der Teilnehmer:innen	15
Abbildung 11:	an den A-OQI Qualitätszirkeln beteiligte Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtung	16
Abbildung 12:	Angebote, die dazu beitragen würden, dass Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten, Fragen 1a und 1b	18
Abbildung 13:	Problemlose Erreichbarkeit der verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion, Frage 1d	19
Abbildung 14:	Informationen, die Patientinnen und Patienten in der Versorgungsregion benötigen, Fragen 2a bis 2e.....	20
Abbildung 15:	Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Fragen 3a bis 3e	22
Abbildung 16:	Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Fragen 3f bis 3j	23
Abbildung 17:	Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Fragen 3k bis 3n.....	25
Abbildung 18:	Verfügbarkeit Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) in der Versorgungsregion, Fragen 3o bis 3t	27
Abbildung 19:	Verfügbarkeit Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) in der Versorgungsregion, Fragen 3u bis 3y.....	28
Abbildung 20:	Verfügbarkeit von REHA-Einrichtungen/-Angebote in der Versorgungsregion, Fragen 3aa und 3ab	29
Abbildung 21:	Angebote für Ärztinnen und Ärzte in der Versorgungsregion, Fragen 4a bis 4d.....	30

Abbildung 22: Kooperation bzw. keine Probleme bei der Informationsweitergabe, Fragen 5a bis 5f	31
Abbildung 23: Gesamtbeurteilung, Frage 6a.....	32

Tabellen

Tabelle 1: Frage 1c: Andere Angebote? Wenn ja, welche?	59
Tabelle 2: Frage 3z: Weitere Angebote? Wenn ja, welche?.....	59
Tabelle 3: Frage 4e: Welche Angebote würden Sie sich für die Versorgungsregion als Ärztin bzw. Arzt wünschen?	59
Tabelle 4: Frage 5g: Bitte geben Sie mögliche Gründe an, falls die Informationsweitergabe NICHT funktioniert.	60

Abkürzungen

ÄK	Ärztchammer
AM	Allgemeinmediziner:in(nen)
ATC-ICD	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Ableitung von Diagnosecodes aus Heilmittelverordnungen)
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
DiGA	digitale Gesundheitsanwendungen
DM2	Diabetes mellitus Typ 2
DMP	Disease-Management-Programm(e)
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:in(nen)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Grundpopulation
HbA1c	Hämoglobin A1c
ID	Identifizier
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
LDL	Low Density Lipoprotein
LEICON	Leistungscontrolling
LKH	Landeskrankenhaus
MEL	medizinische Einzelleistung (LKF-Leistungskatalog)
NBZ	Nüchternblutzucker
OAD	orale Antidiabetika
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖQMED	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin
ÖQUASTA	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen
PAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PG	Projektgruppe
PHC	Primary Health Care
QI	Qualitätsindikator
QM	Qualitätsmanagement
SV	Sozialversicherung
VU	Vorsorgeuntersuchung

Glossar

Zielsteuerung-Gesundheit: 2013 einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung darauf, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2024 bis 2028 werden die strategischen und operativen Ziele sowie die zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung vereinbart und verbindlich festgelegt. Die weitere Konkretisierung dieser Maßnahmen erfolgt im Rahmen von Jahresarbeitsprogrammen und im Rahmen der jeweiligen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen. Die Aufgaben, die sich aufgrund der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene ergeben, werden durch die Bundesgesundheitsagentur wahrgenommen. Diese hat zwei Organe, die Bundes-Zielsteuerungskommission (politische Ebene) und den Ständigen Koordinierungsausschuss (Beamtenebene). In beiden Organen sind Bund, Länder und Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner vertreten.

Themengruppe Qualität: Gremium im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit mit Themenschwerpunkten wie z. B. Qualitätsstrategie, Verbesserung der integrierten Versorgung, Qualitätsstandards oder Sicherstellung der Ergebnisqualität; innerhalb der Themengruppe erarbeiten Arbeitsgruppen (ehemals: Untergruppen) schwerpunktmäßig bestimmte Themen, wie etwa die Projektgruppe A-OQI die Qualitätsmessung im ambulanten Bereich (jetzt neu: Arbeitsgruppe Qualitätsmessung; siehe Abschnitt 1.2).

LEICON: modular aufgebautes gesundheitsökonomisches Controllinginstrument, das von der ÖGK und der BVAEB entwickelt wurde und betrieben wird. LEICON erfüllt folgende Zielsetzungen: Darstellung der Kosten für einzelne Krankheitsbilder zum Zweck der Analyse, Identifikation von Stärken und Schwächen in der Behandlung von Krankheitsbildern auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene sowie darauf aufbauend Identifikation von Best-Practice-Modellen, Evaluation von Disease-Management-Programmen und anderen Modellen der integrierten Versorgung auf einer fundierten Datengrundlage. Über LEICON stehen der österreichischen Sozialversicherung erstmals standardisierte sowie empirisch und ökonomisch fundierte Informationen über Prävalenz, Inzidenz und Behandlung von epidemiologischen Krankheitsbildern für standardisierte und individuelle Analysen zur Verfügung. LEICON erfüllt damit die hohen Anforderungen an eine outcome- und prozessorientierte Analyse von Krankheitsbildern als Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung von Effektivität und Effizienz.¹

¹ Kostenkomponente im Gesundheitswesen [online]. Sozialversicherung. [Sozialversicherung](#) [Zugriff am 23.04.2026]

1 Historie, Hintergrund

Die Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich wurde in Österreich im Zuge der Gesundheitsreform 2013 (Zielsteuerung-Gesundheit) mit dem System Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) inklusive Peer-Review-Verfahren umgesetzt und mittlerweile flächendeckend implementiert.

Der Aufbau einer Qualitätsmessung im ambulanten Bereich (niedergelassen und spitalsambulant) wurde ebenfalls im Zuge der Gesundheitsreform 2013 festgelegt. Die Fachgruppe Versorgungsprozesse als primär verantwortliches Gremium beauftragte 2014 die Projektgruppe ambulante Qualitätsmessung (A-OQI) mit der Erstellung eines Konzepts, welches unter dem Titel „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich“ mit vier thematischen Schwerpunkten im April 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen wurde (siehe Kapitel 2).

In der Konzeptionierungsphase wurde aufgrund der Datenverfügbarkeit das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 für die Pilotierung ausgewählt. Basis waren vier bereits vorliegende und durch LEICON auf regionaler Ebene (Bezirksebene) berechnete Indikatoren. Ein unveröffentlichter Abschlussbericht mit dem Titel *„Ambulante Qualitätszirkel am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2. Bericht über die Erfahrungen der Pilotbezirke“* liegt als Dokumentation dieser Phase vor.

Die Ergebnisse der A-OQI Qualitätszirkel 2021 und 2022 zum Thema Diabetes mellitus Typ 2 sind den jeweiligen Ergebnisberichten zu entnehmen. In den Jahren 2023 und 2024 wurde als Schwerpunkt das Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“ ausgewählt und in insgesamt 42 Qualitätszirkeln bearbeitet².

Für das Jahr 2025 wurde in der Projektgruppe A-OQI erneut – wie bereits in den Jahren 2021 und 2022 – Diabetes mellitus Typ 2 als Krankheitsbild ausgewählt. Das Indikatorenset und die Grundpopulation wurden wegen neuer Medikamente bzw. Indikationserweiterungen bestehender Medikamente neu definiert und anschließend für die A-OQI Qualitätszirkel aufbereitet.

1.1 Bezug zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2024 bis 2028 ist die Qualitätsmessung im ambulanten Bereich innerhalb des strategischen Ziels 2 („Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“) im operativen Ziel 8 („Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen“) verankert.

² Ambulante Qualitätszirkel [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [Sozialministerium](#) [Zugriff am 23.04.2026]

Abbildung 1: Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 8

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	
Themenbereich	Qualität	
Operatives Ziel 8	Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen	
Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von unabhängigen jeweils bundesweit einheitlichen Qualitätssicherungssystemen für alle GDA im niedergelassenen Bereich in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Berufsgruppe, inkl. transparentem Berichtswesen	Ende 2026
	2: Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich (A-OQI) auf Basis der Routinedokumentation von bundesweit einheitlichen Diagnosen und Leistungen im intra- und extramuralen Bereich	Ende 2028
	3: Erarbeitung einer gemeinsamen (Qualitäts-) Registerstrategie (inkl. Definition von Standards, Einmeldeschnittstellen), Etablierung und Weiterentwicklung	Mitte 2025
	4: Weiterentwicklung und periodische Durchführung der sektorenübergreifenden Patient:innenbefragung mit Fokus auf „patient-reported experiences und outcomes“ (PREM/PROM) und Publikation sowie Ableitung von Maßnahmen sowie Teilnahme an internationalen Initiativen (PaRIS/OECD)	Laufend
Landesebene	1: Umsetzung der Empfehlungen der Registerstrategie betreffend Dateneingabe, Datenqualitätssicherung und fristgerechte Übermittlung der Daten via entsprechender Schnittstellen	Ab Mitte 2025
	2: Umsetzung der Maßnahmen aus A-IQI Empfehlungen	Laufend

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028

Die operative Arbeit für die A-OQI Qualitätszirkel übernahm bis 2025 die Projektgruppe A-OQI und der 2022 eingerichtete Wissenschaftliche Beirat A-OQI. Beide Arbeitsgruppen waren organisatorisch in die Themengruppe Qualität (ehemals Fachgruppe Versorgungsprozesse) eingegliedert. Deren Tätigkeiten waren in einer Geschäftsordnung geregelt.

1.2 Neue Governance in der Zielsteuerung-Gesundheit

Im Jahr 2025 wurde eine neue Governance für die Zielsteuerung-Gesundheit beschlossen. Im Zuge dessen wurde die Fachgruppe Versorgungsprozesse durch die Themengruppe Qualität ersetzt und die Steuerungsgruppe A-IQI mit der Projektgruppe A-OQI in der Arbeitsgruppe Qualitätsmessung zusammengelegt. Ziel dieser neuen Organisationsstruktur ist eine sektorenübergreifende Sicht auf die Qualitätsmessung.

Aufgaben der Arbeitsgruppe Qualitätsmessung:

- Konzeption einer sektorenübergreifenden Qualitätsmessung
- Entwicklung von Indikatoren
- Entwicklung einer Nachfolgelösung für die A-OQI Qualitätszirkel
- Weiterentwicklung der Transparenz von Qualitätsinformationen und -daten für Gesundheitsdiensteanbieter:innen sowie Patientinnen und Patienten
- Begleitung des Projekts A-IQI im Jahresverlauf

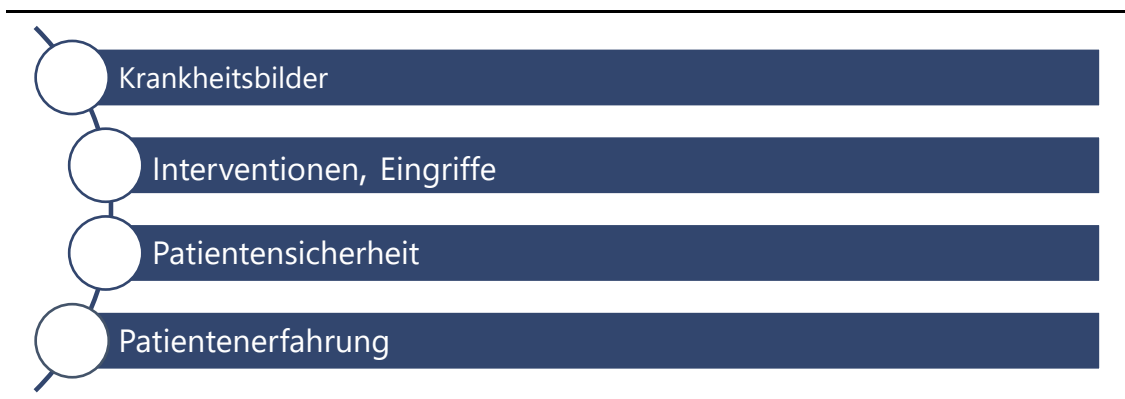
2 Konzepte: Qualitätsmessung und Qualitätszirkel im ambulanten Bereich

Das Konzept „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich“ wurde im April 2016 von der B-ZK abgenommen. Das Ziel war, ein Konzept zur Qualitätsmessung zu entwickeln, deren Pilotierung vorzubereiten und qualitätsverbessernde Maßnahmen im ambulanten Bereich zu initiieren. Aufbauend auf den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt wurden ein unveröffentlichter Abschlussbericht mit dem Titel „*Ambulante Qualitätszirkel am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2. Bericht über die Erfahrungen der Pilotbezirke*“ sowie das unveröffentlichte Roll-out-Konzept „*Ambulante Qualitätszirkel – Umsetzungskonzept*“ zur Umsetzung durch die Sozialversicherung unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer 2019 in der zuständigen Arbeitsgruppe erstellt. Die Eckpunkte daraus werden unter Einbezug der durchzuführenden Arbeiten nachfolgend erläutert.

2.1 Thematische Schwerpunkte

Im Zuge der Arbeiten wurden vier thematische Schwerpunkte (siehe Abbildung 2) definiert.

Abbildung 2: Thematische Schwerpunkte



Quelle und Darstellung: BMASGPK

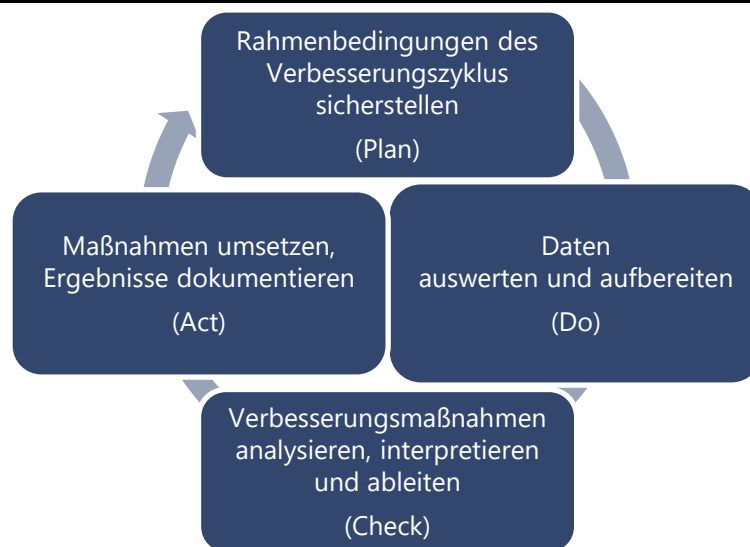
- **Krankheitsbilder, chronische Erkrankungen:** Identifikation von Krankheitsbildern anhand geeigneter Daten, z. B. Ableitung der Basispopulation über das Medikamentenklassifikationssystem ATC-ICD oder bei stationären Aufenthalten über die ICD-Hauptdiagnose
- **Interventionen, Eingriffe:** Heranziehen klar definierter Interventionen als Ausgangspunkt für die Qualitätsmessung, z. B. Daten aus dem ambulanten Teil des Leistungskatalogs des BMASGPK, Versichertendaten der Sozialversicherung (SV) oder anderer Datenquellen
- **Patientensicherheit:** Berechnung ausgewählter Indikatoren zur Patientensicherheit aus geeigneten Datenquellen, z. B. SV-Leistungsdaten; möglicherweise Einbeziehen bereits etablierter Qualitätssicherungsprogramme, z. B. Rundversuche der Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen (ÖQUASTA)
- **Patientenerfahrungen:** Ergebnisse der sektorenübergreifenden Patientenbefragung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sowie weiterer relevanter Befragungen, z. B. Bevölkerungsbefragung (ATHIS)

Die bisherigen A-OQI Qualitätszirkel fanden ausschließlich zum thematischen Schwerpunkt „Krankheitsbilder / chronische Erkrankungen“ statt.

2.2 PDCA-Zyklus

Der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) ist eine im Qualitätsmanagement gebräuchliche Methode zur Implementierung eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses. Im Rahmen der Qualitätsmessung im ambulanten Bereich wird dieser Zyklus wie folgt interpretiert (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Adaptierter PDCA-Zyklus A-OQI



Quelle: ÖGK; Darstellung: GÖG

Plan: Rahmenbedingungen des Verbesserungszyklus sicherstellen (Grundlagen, Analyse)

Das Indikatorenset soll auf Basis der Erfahrungen aus dem vergangenen Verbesserungszyklus und der wissenschaftlichen Literatur bzw. unter Einbindung notwendiger Expertise entwickelt bzw. weiterentwickelt werden.

Zu den Arbeitsschritten zählen:

- Erstellen bzw. Revidieren der Indikatorenbeschreibungen
- Festlegen der Darstellungsart der Ergebnisse (inkl. Granularität der Auswertungen)
- Festlegen der Ziel- bzw. Referenzbereiche sowie der Risikoadjustierung je Indikator

Diese Festlegungen sind in einem entsprechend legitimierten Entscheidungsgremium zu treffen. Darüber hinaus sind die für den jeweiligen Verbesserungszyklus notwendigen Ressourcen zu benennen und zur Verfügung zu stellen. Das Entscheidungsgremium definiert Analyseschwerpunkte für den aktuellen Qualitätsverbesserungszyklus. Die als Schwerpunkte festgelegten Themenbereiche durchlaufen alle weiteren Schritte des Qualitätsverbesserungsprozesses.

Im Rahmen der Grundlagenarbeit zu Diabetes mellitus Typ 2 wurde das bereits zur Verfügung stehende Indikatorenset (Prozessqualität) von LEICON herangezogen und um weitere Indikatoren zur Ergebnisqualität ergänzt. In dieser Phase erfolgte auch die Rekrutierung der SV-Referentinnen und -Referenten sowie der Ärztinnen und Ärzte mit einer Moderatorenausbildung.

Auch für die neuerliche Bearbeitung des Themas „Diabetes mellitus Typ 2“ wurde diese Vorgehensweise gewählt.

Do: Auswerten und Aufbereiten der Daten

Die notwendigen Arbeitsschritte umfassen:

- Berechnen der Indikatoren auf der festgelegten Ebene inklusive notwendiger Risikoadjustierung
- Prüfen von Konsistenz und Plausibilität, insbesondere im ersten Verbesserungszyklus und wenn neue Datenquellen einbezogen werden
- Kennzeichnen, ob eine Kennzahl außerhalb des Ziel-/Referenzbereichs liegt
- Darstellen der Ergebnisse in geeigneter Form

Die Berechnung und Darstellung der Auswertungen und Indikatoren erfolgt durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK).

Check: Analysieren, Interpretieren und Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen

Die Auswertungen auf regionaler Ebene werden an die betroffenen Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) der Region in aggregierter Form unter Angabe des Ziel-/Referenzbereichs bzw. des Bundesdurchschnitts zurückgespielt. In weiterer Folge werden die Auswertungen im Rahmen der A-OQI Qualitätszirkel thematisiert und bearbeitet. Die A-OQI Qualitätszirkel übernehmen die tiefergehende Analyse der Versorgungsdaten und Indikatorenergebnisse einer ausgewählten Patienten Klientel, identifizieren Verbesserungspotenziale und leiten Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen ab, die entsprechend zu dokumentieren sind.

2025 wurden alle 13 geplanten A-OQI Qualitätszirkel abgehalten (siehe Kapitel 4).

Act: Umsetzen von Maßnahmen, Dokumentieren der Ergebnisse

Die schriftlich festgehaltenen Ergebnisse der A-OQI Qualitätszirkel werden dokumentiert und zur weiteren Bearbeitung für (über)regionale und bundesweite Zwecke aufbereitet. In einem Bericht werden die Ergebnisse jedes Zyklus zusammengefasst. Dieser Bericht ist den in der Region verantwortlichen Institutionen (z. B. Gesundheitskassen, Land) zu übermitteln. Diese leiten daraus konkrete Maßnahmen ab, die ihren Wirkungsbereich betreffen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der A-OQI Qualitätszirkel sind die Ergebnisse zur Information zu übermitteln.

3 Regionsprofile und Qualitätsindikatoren

Für das Themengebiet „Diabetes mellitus Typ 2“ wurden mehrere Indikatoren betreffend Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. Die Ergebnisse wurden im Rahmen der A-OQI Qualitätszirkel im kollegialen Fachaustausch diskutiert und Verbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen. Für die einzelnen A-OQI Qualitätszirkel wurden neben den Indikatorenergebnissen auch Regionsprofile erstellt und präsentiert. Die Details sind in den folgenden Kapiteln getrennt nach Regionsprofil, Prozessqualität und Ergebnisqualität dargestellt.

3.1 Regionsprofile

Die Regionsprofile, die für die A-OQI Qualitätszirkel „Diabetes mellitus Typ 2“ aufbereitet wurden, beinhalten Informationen

- zur Demografie (Bevölkerungsstruktur ab 60 Jahren),
- zur Epidemiologie und
- zu Versorgungsangeboten (Ärztedichte).

Die Datenaufbereitung erfolgt je Bundesland mit Werten auf den Ebenen Bund, Bundesland und Versorgungsregion.

3.2 Grundpopulation

Als Patientinnen und Patienten mit einer Diabetes-mellitus-Typ-2-Erkrankung gelten in den A-OQI-Auswertungen auf Basis von LEICON jene Personen, auf die im Jahr 2023 folgende Parameter zutrafen:

- Patientinnen und Patienten mit oralen Antidiabetika (OAD) (nur orale Antidiabetika oder Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin)

Ausgeschlossen wurden jene Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2023 ausschließlich A10BJ (z. B.: Ozempic) und/oder A10BK (SGLT2-Inhibitoren) verordnet bekommen hatten.

Arztkontakte

- Arztkontakte Allgemeinmedizin (AM): Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit Arztkontakt zu einem bzw. einer Allgemeinmediziner:in in mindestens drei Quartalen pro Jahr (Wahlärztinnen und Wahlärzte, soweit möglich, berücksichtigt)
- Arztkontakt Augenheilkunde: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit Augenarztkontakten (augenärztliche Untersuchung) in den letzten zwei Jahren (Wahlärztinnen und Wahlärzte, soweit möglich, berücksichtigt)

Laborparameter

- Laborparameter HbA1c: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit mindestens einer Bestimmung des HbA1c-Wertes pro Jahr

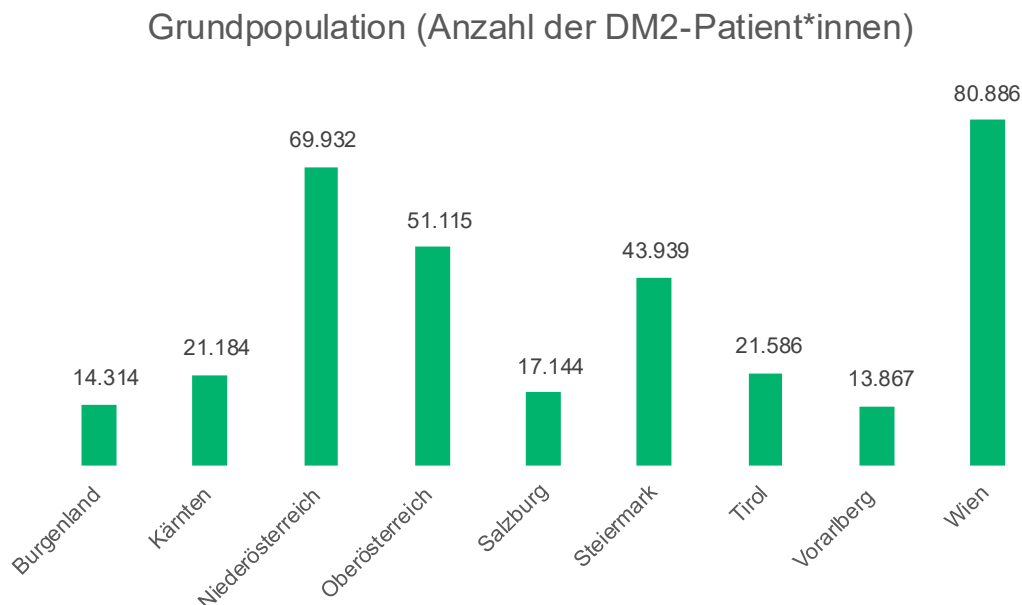
- Laborparameter allgemein: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit Bestimmung von mindestens einem der im Behandlungspfad angeführten Laborparameter (Kreatinin, Triglyceride, Gesamt-Cholesterin oder HDL/LDL-Cholesterin) pro Jahr

Stationäre Krankenhausaufenthalte

- Herzinfarkt: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit Haupt- oder Nebendiagnose Herzinfarkt I21.0–I22.9 im jeweiligen Jahr
- Schlaganfall ischämisch: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit Haupt- oder Nebendiagnose Schlaganfall (I63, I64) ohne Haupt- oder Nebendiagnose C, D oder U
- Major-Amputation unterer Extremität: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit nachfolgenden medizinischen Einzelleistungen (MEL) (und/oder):
 - Einschluss:
 - NA070 Hemipelvektomie
 - NZ080 Exartikulation im Hüftgelenk
 - NZ090 Oberschenkelamputation
 - NZ100 Exartikulation im Kniegelenk
 - NZ110 Unterschenkelamputation
 - Ausschlussdiagnosen:
 - S78.0–S78.1, S78.9, S88.0–S88.1, S88.9, S98.0–S98.4, T05.3–T05.5, T13.6 Traumatische Amputationen
 - M16 Coxarthrose
 - M17 Gonarthrose
 - C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten: Lange Knochen der unteren Extremität
 - C40.3 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten: Kurze Knochen der unteren Extremität
 - C41.4 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen: Beckenknochen
 - C76.3 Bösartige Neubildung: Becken
 - C76.5 Bösartige Neubildung: Untere Extremität

Aus der Grundpopulation der diabetischen Patientinnen und Patienten (Diabetes-Patientinnen und -Patienten) wurden jene ausgeschlossen, die in den ersten drei Nachbeobachtungsjahren verstorben sind oder deren Wohnort unbekannt ist. Für die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu einem Bundesland / einer Versorgungsregion wurde der aktuelle Hauptwohnsitz (Stand 2024) herangezogen.

Abbildung 4: Grundpopulation (Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2) nach Bundesland; Datenjahr 2023



Anmerkung: Als DM2-Patientinnen und DM2-Patienten werden solche identifiziert, die im entsprechenden Jahr orale Antidiabetika (Medikamente über der Rezeptgebührengrenze, ATC-Code A10B) oder eine Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin (ATC-Code A10A) erhalten haben. Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, die ausschließlich A10BJ und/oder A10BK erhalten hatten.

Quelle und Darstellung: LEICON

3.3 Qualitätsindikatoren

Für die Auswertungen der Qualitätsindikatoren werden jene Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes berücksichtigt, die orale Antidiabetika erhalten haben (nur orale Antidiabetika oder Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin).

Jene Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2023 ausschließlich Arzneimittel der ATC-Gruppe A10BJ (z. B.: Ozempic) und/oder A10BK (SGLT2-Inhibitoren) verordnet bekommen hatten, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

Innerhalb der Grundpopulation werden folgende drei Qualitätsindikatoren berechnet:

- A. Arztkontakte Allgemeinmedizin und Augenheilkunde
- B. jährliche Erhebung ausgewählter Laborparameter
- C. Ergebnisqualität (Auftreten eines Nachfolgeereignisses)

Zur Berechnung des Indikators wird eine Zeitspanne von dreimal 365 Tagen ab der Entlassung herangezogen.

3.3.1 Indikator A: Arztkontakte Allgemeinmedizin und Augenheilkunde

Der Indikator A stellt die ärztliche Kontrolle dar, die in bestimmten Intervallen über einen Beobachtungszeitraum von drei Jahren erfolgen soll:

- Arztkontakte Allgemeinmedizin (AM): Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit Arztkontakt zu einem bzw. einer Allgemeinmediziner:in in mindestens drei Quartalen pro Jahr (Wahlärztinnen und Wahlärzte, soweit möglich, berücksichtigt)
- Arztkontakt Augenheilkunde: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit Augenarztkontakten (augenärztliche Untersuchung) in den letzten zwei Jahren (Wahlärztinnen und Wahlärzte, soweit möglich, berücksichtigt)

Ausschlüsse

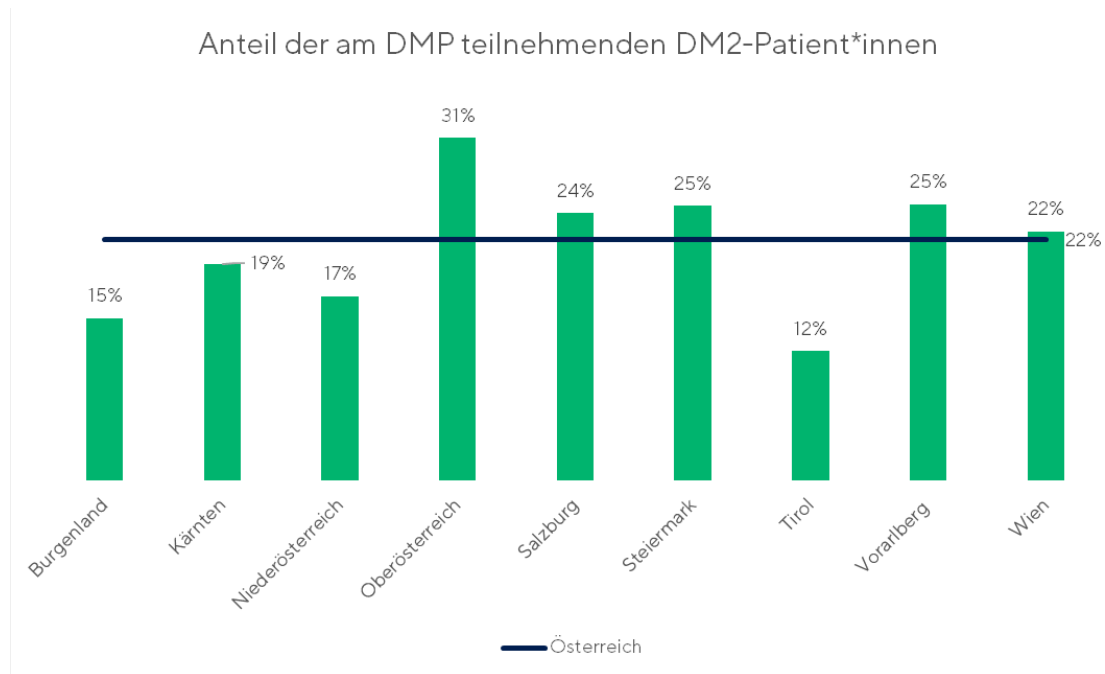
- Patientinnen und Patienten, die in den ersten drei Nachbeobachtungsjahren verstorben sind
- Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Wohnort

Ergebnis

In den drei Nachbeobachtungsjahren erhielten durchschnittlich 93 Prozent eine Kontrolle bei einer Ärztin bzw. einem Arzt für Allgemeinmedizin und 55 Prozent eine augenärztliche Untersuchung alle zwei Jahre.

Die nachfolgende Abbildung 5 zeigt den Anteil jener Patientinnen und Patienten, die am Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ im Jahr 2023 teilgenommen haben.

Abbildung 5: Anteil der am Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ (DMP) teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2; Datenjahr 2023

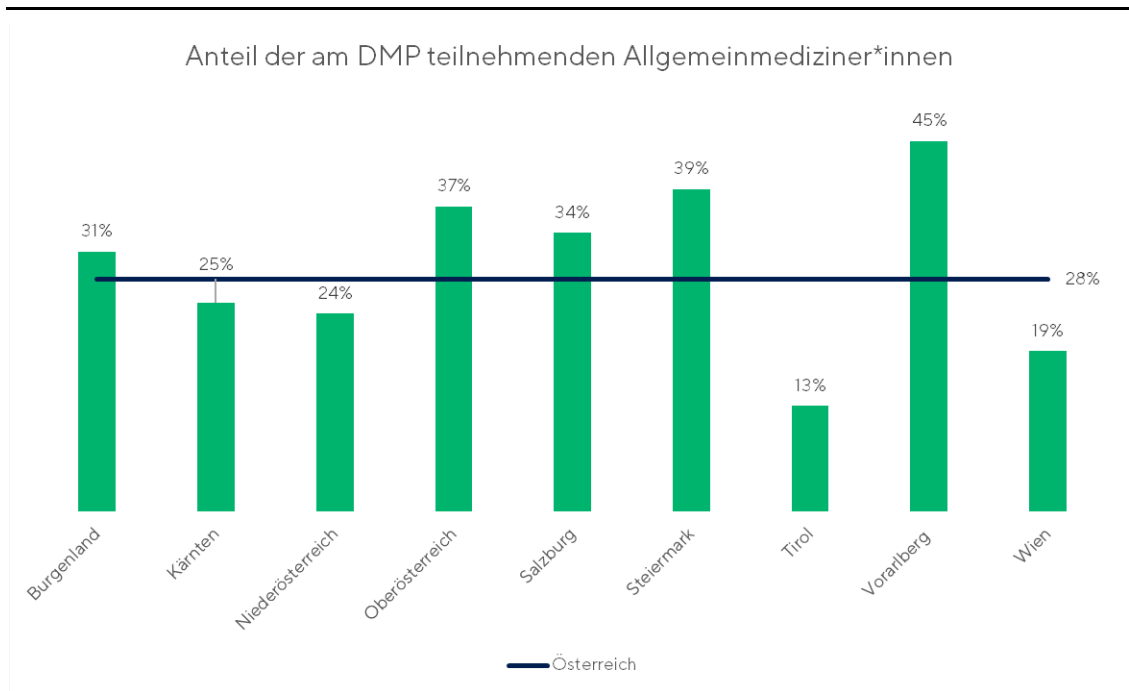


Anmerkung: DMP = Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv“ für Patientinnen und Patienten mit DM2

Quelle und Darstellung: LEICON

Abbildung 6 zeigt den Anteil der am DMP teilnehmenden Allgemeinmediziner:innen im Jahr 2023.

Abbildung 6: Anteil der am DMP teilnehmenden Allgemeinmediziner:innen; Datenjahr 2023



Anmerkung: Dargestellt wird der Anteil der am DMP teilnehmenden Allgemeinmediziner:innen an allen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die im Auswertungszeitraum Leistungen für medikamentös behandelte DM2-Patientinnen und DM2-Patienten gemäß LEICON-Algorithmus (siehe unten) abgerechnet haben (inklusive Wahlärztinnen und Wahlärzten). Ärztinnen und Ärzte ohne DM2-Patientinnen bzw. DM2-Patienten gemäß LEICON-Algorithmus sind nicht inkludiert.

LEICON-Algorithmus: OAD-Therapie (A10B im lfd. Jahr) oder Kombinationstherapie (A10B im lfd. Jahr UND A10A im lfd. Jahr) oder Insulintherapie (A10A im lfd. Jahr und älter als 50 Jahre im lfd. Jahr und kein stationärer Aufenthalt mit E10-Diagnose)

Quelle und Darstellung: LEICON

3.3.2 Indikator B: Ausgewählte Laborparameter

Der Indikator B zeigt an, ob die nachfolgend aufgeführten Laborparameter innerhalb eines dreijährigen Beobachtungszeitraums mindestens einmal pro Jahr erhoben worden sind:

- HbA1c

sowie entweder

- Kreatinin oder
- Triglyceride oder
- Gesamt-Cholesterin oder
- HDL/LDL-Cholesterin

Die Laborleistung kann auch in einer Spitalsambulanz (Leistung „Labor Chemie“) durchgeführt werden.

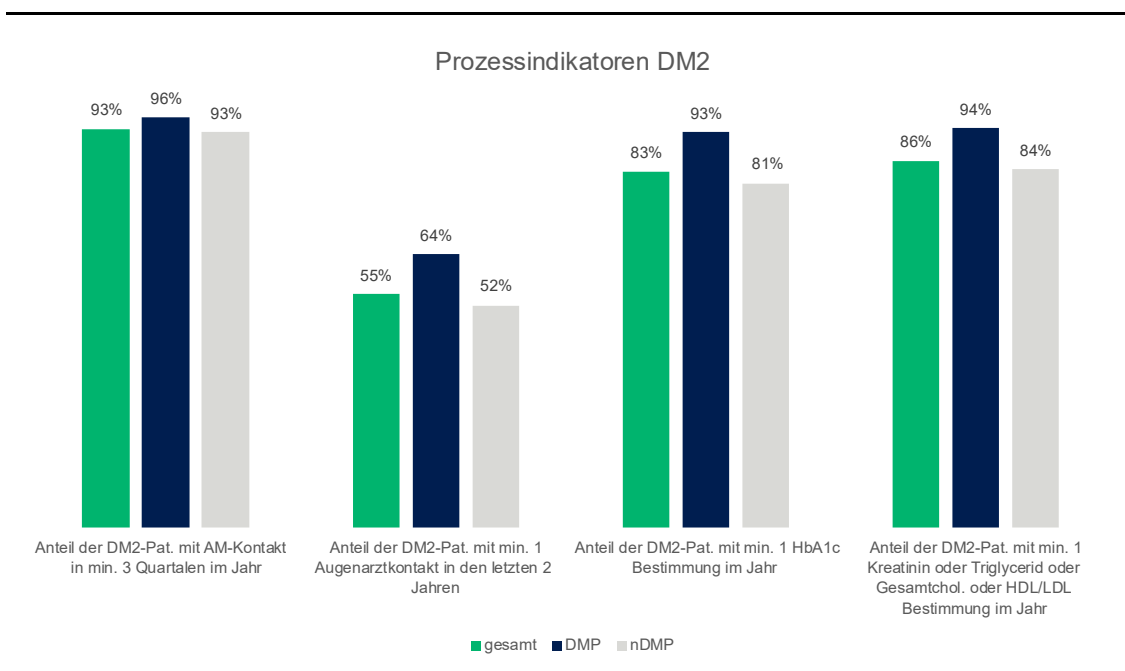
Ausschlüsse

- Patientinnen und Patienten, die in den ersten drei Nachbeobachtungsjahren verstorben sind
- Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Wohnort

Ergebnis

Der HbA1c-Wert wurde im Beobachtungszeitraum von drei Jahren bei 83 Prozent der Patientinnen und Patienten jährlich bestimmt. Die weiteren Parameter bei 86 Prozent (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Prozessindikatoren DM2 Österreich; Datenjahr 2023



Quelle und Darstellung: LEICON

3.3.3 Indikator C: Ergebnisqualität

Zum Thema Ergebnisqualität wurden folgende Indikatoren für das Krankheitsbild „Diabetes mellitus Typ 2“ festgelegt:

Stationäre Krankenhausaufenthalte

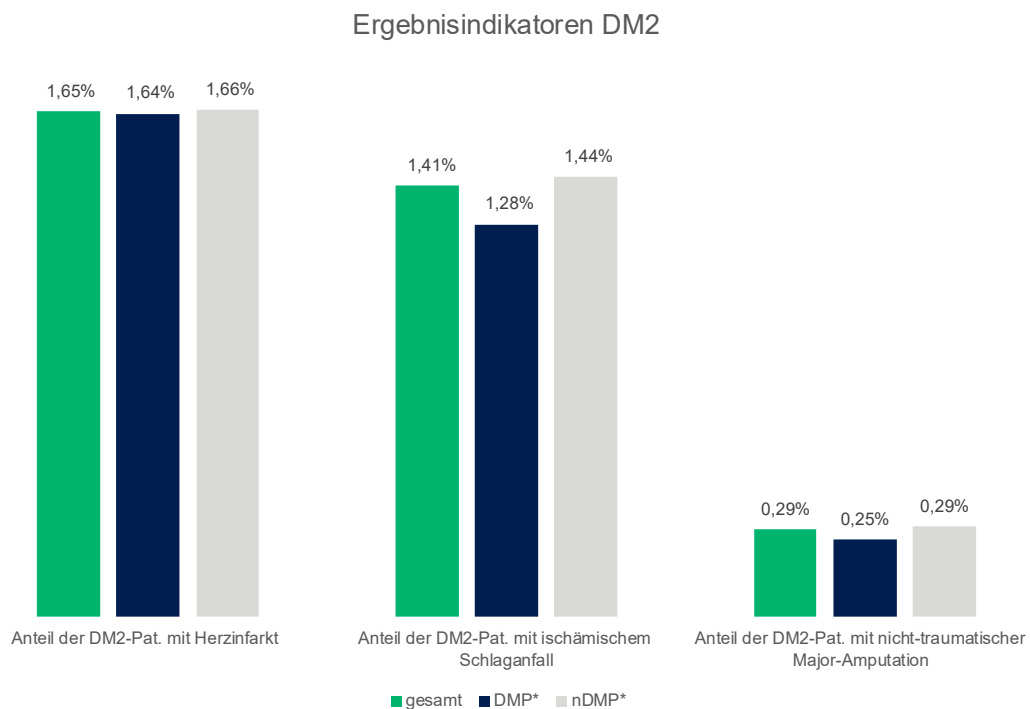
- Herzinfarkt: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit Haupt- oder Nebendiagnose Herzinfarkt I21.0–I22.9 im jeweiligen Jahr
- Schlaganfall ischämisch: Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit Haupt- oder Nebendiagnose Schlaganfall (I63, I64) ohne Haupt- oder Nebendiagnose C, D oder U
- Major-Amputation der unteren Extremität

Ergebnis

In den drei Nachbeobachtungsjahren hatten 1,65 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus 2 einen stationären Aufenthalt mit dokumentierter Diagnose Herzinfarkt bzw. 1,41 Prozent einen ischämischen Schlaganfall und 0,29 Prozent eine Major-Amputation.

Abbildung 8 stellt den Erfüllungsgrad der oben beschriebenen Qualitätsindikatoren je Grundpopulation dar. Die dargestellten Werte für Indikator C wurden geschlechts- und altersstandardisiert.

Abbildung 8: Ergebnisindikatoren DM2 Österreich, Datenjahre 2021–2023



* alters- und geschlechtsstandardisiert

Quelle und Darstellung: LEICON

4 A-OQI Qualitätszirkel 2025

Von September bis November 2025 fanden wie geplant insgesamt 13 A-OQI Qualitätszirkel zum Thema „Diabetes mellitus Typ 2“ statt (10 in Präsenz, 3 als Onlinemeeting). Details zum Ablauf und zu den Ergebnissen sowie Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen werden im vorliegenden Kapitel dargestellt.

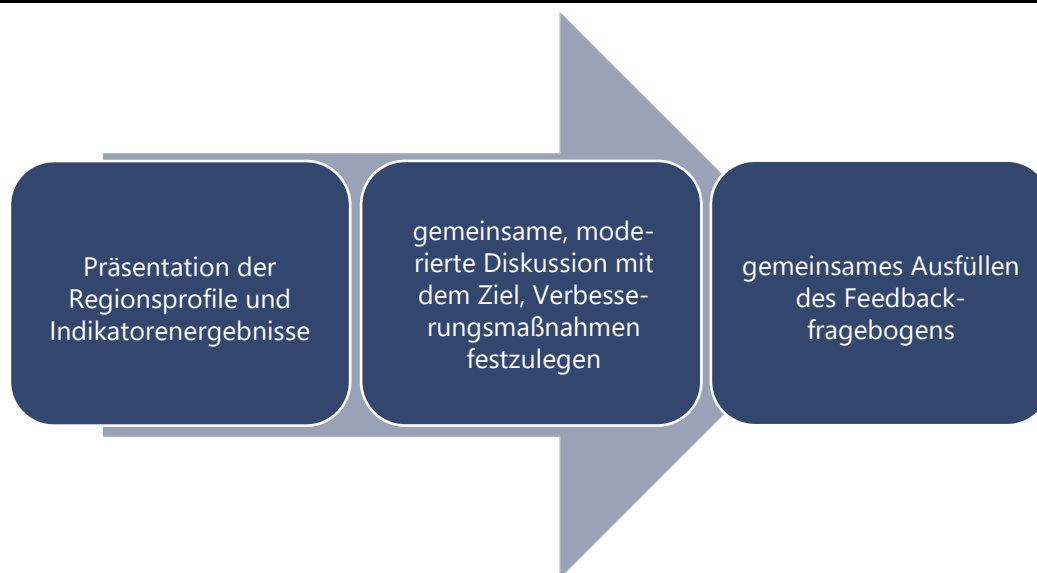
4.1 Überblick, Ablauf

A-OQI Qualitätszirkel laufen in drei Schritten ab:

- Datenpräsentation,
- moderierte Diskussion und
- Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen sowie gemeinsame Befüllung des Feedbackfragebogens.

Es wurden die Auswertungen (Regionsprofile, Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität, siehe Kapitel 3) auf regionaler Ebene unter Angabe des Ziel-/Referenzbereichs bzw. des Bundesdurchschnitts präsentiert. In weiterer Folge wurden die Auswertungen tiefergehend analysiert, Verbesserungspotenziale identifiziert und Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen abgeleitet. Die Dokumentation erfolgte anhand eines im Vorfeld erstellten strukturierten Feedbackfragebogens mit ergänzenden Freitextfeldern (siehe Anhang 2).

Abbildung 9: Ablauf A-OQI Qualitätszirkel



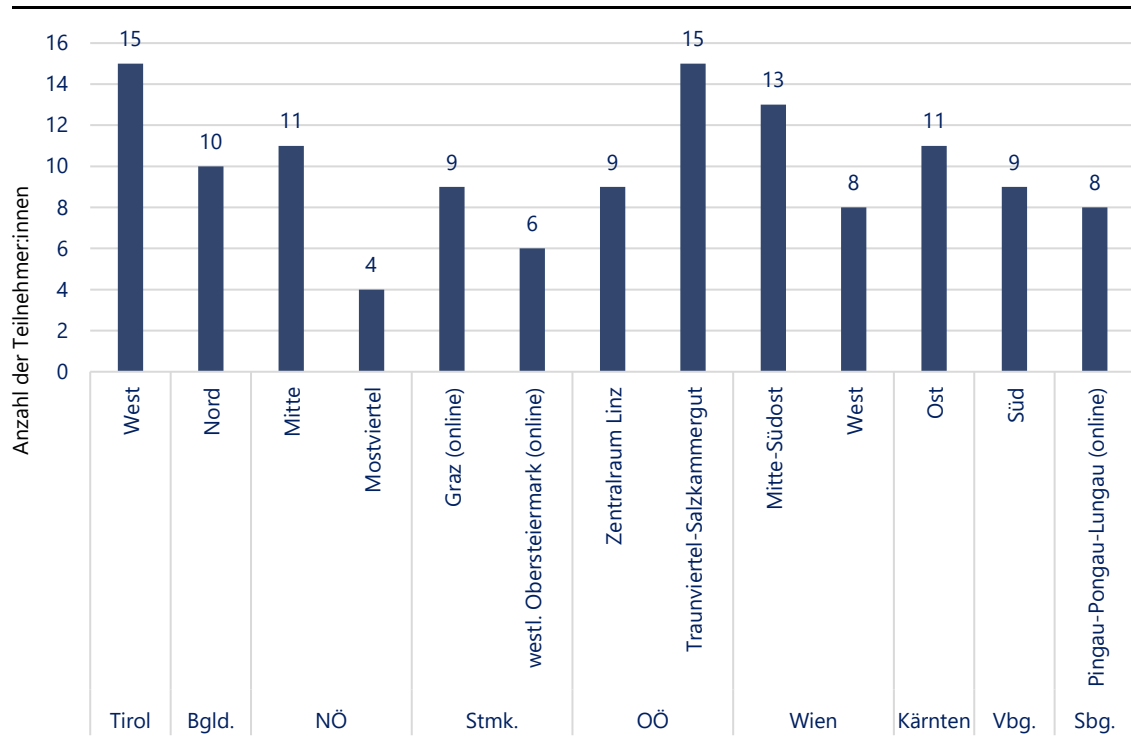
Quelle: ÖGK; Darstellung: GÖG

Folgende Aufgabenverteilung ist in den A-OQI Qualitätszirkeln festgelegt:

- Präsentation der Daten: geschulte SV-Referentinnen und -Referenten
- Moderation: geschulte Ärztinnen und Ärzte mit Qualitätszirkelmoderatorenausbildung

Nach Aussendung der Einladungen an alle Allgemeinmediziner:innen, Internistinnen und Internisten sowie Augenärztinnen und Augenärzte (mit und ohne Kassenverträge) der jeweiligen Versorgungsregionen konnten in 13 Versorgungsregionen die A-OQI Qualitätszirkel abgehalten werden. Die detaillierte Aufstellung aller Teilnehmer:innen ist in Abbildung 10 ersichtlich.

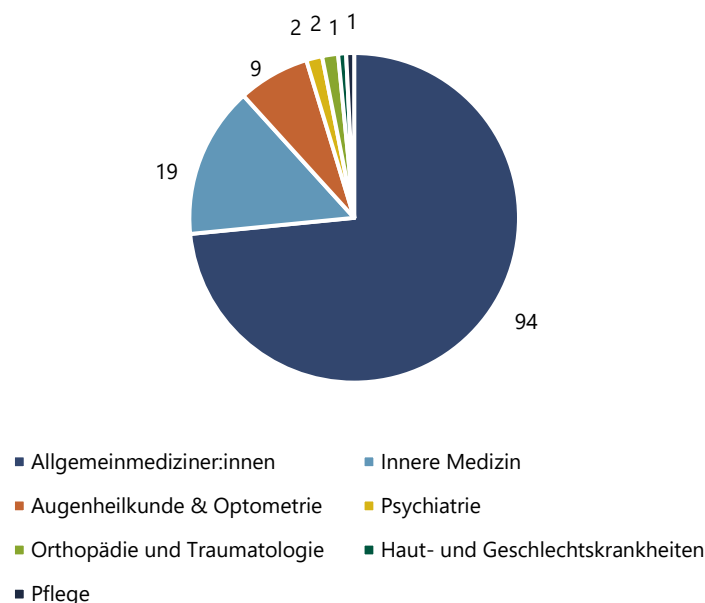
Abbildung 10: Überblick über die A-OQI Qualitätszirkel inklusive Anzahl der Teilnehmer:innen



Quelle und Darstellung: ÖQMED

Insgesamt nahmen an den 13 A-OQI Qualitätszirkeln 127 Ärztinnen und Ärzte sowie 1 Pflegeperson teil. Nachfolgende Abbildung zeigt die Aufteilung in die entsprechenden Fachrichtungen.

Abbildung 11: An den A-OQI Qualitätszirkeln beteiligte Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtung



Quelle und Darstellung: ÖQMED

4.1.1 Erläuterung zum Feedbackfragebogen

Im Rahmen des jeweiligen A-OQI Qualitätszirkels in der Versorgungsregion hatten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit, unter Zuhilfenahme der präsentierten Kennzahlen die Optimierungsmöglichkeiten der Patientenversorgung in der Versorgungsregion zu diskutieren.

Die Ergebnisse wurden durch den oder die Moderator:in der Ärztekammer (ÄK) in einem Feedbackfragebogen festgehalten – das Resultat ist jeweils ein ausgefüllter Fragebogen auf Ebene der Versorgungsregion inklusive Lösungsvorschlägen bzw. Verbesserungsmöglichkeiten. Der Fragebogen stand den Moderatorinnen und Moderatoren in Papierform zur Verfügung.

Der oder die ÄK-Moderator:in retournierte den Feedbackfragebogen nach dem A-OQI Qualitätszirkel gemeinsam mit der Teilnehmerliste an die ÖQMED. Die auf diese Weise übermittelten Feedbackfragebögen wurden anschließend von der ÖQMED in einem Onlinetool erfasst. Somit liegen von jedem durchgeführten A-OQI Qualitätszirkel die Antworten des Feedbackfragebogens in elektronischer Form vor und konnten von der GÖG ausgewertet werden. Der Feedbackfragebogen ist dem Anhang zu entnehmen. Die Auswertungen werden im nachfolgenden Kapitel 4.2 dargestellt.

4.2 Ergebnisse aus den A-OQI Qualitätszirkeln

In den nachstehenden Grafiken sind die Ergebnisse der Feedbackfragebögen abgebildet, die aus Fragen zu den folgenden sieben Blöcken bestehen:

1. Mit welchen Angeboten könnte man dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten, und wie wird eingeschätzt, ob verschiedene Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion problemlos erreicht werden können (z. B. sozioökonomisch benachteiligte Personen, Personen mit Migrationsgeschichte etc.)?
2. Wie ist der Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten? Also zu welchen Themen werden Informationen nachgefragt?
3. Werden Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige angeboten?
4. Werden Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Gesundheitsdiensteanbieter:innen angeboten?
5. Werden Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend für die Ärztinnen und Ärzte angeboten?
6. Einschätzung zur Versorgungsregion: Wie erfolgt die Informationsweitergabe zwischen den angeführten Stakeholderinnen und Stakeholdern / Organisationen aus Sicht der Teilnehmer:innen?
7. Zusammengefasst: Wie ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Basis der präsentierten Daten und der heutigen Diskussion?

Zusatzerläuterung für die nachfolgenden Abbildungen

In den Grafiken ist jeweils neben einer Aussage oder einer Frage „(n = x)“ angeführt. Die Zahl x entspricht der jeweiligen Anzahl der ausgefüllten Fragen aus den insgesamt 13 teilgenommen habenden Versorgungsregionen. Ist die Zahl in Klammern kleiner als 13, gab es in einer oder mehreren Versorgungsregionen keine Antwort zu dieser Frage. Aufgrund der geringen Anzahl der Versorgungsregionen sind die Prozentanteile mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann die Summe der Prozentangaben in einzelnen Grafiken geringfügig von 100 Prozent abweichen.

4.2.1 Terminwahrnehmung und Erreichung der Patientinnen und Patienten

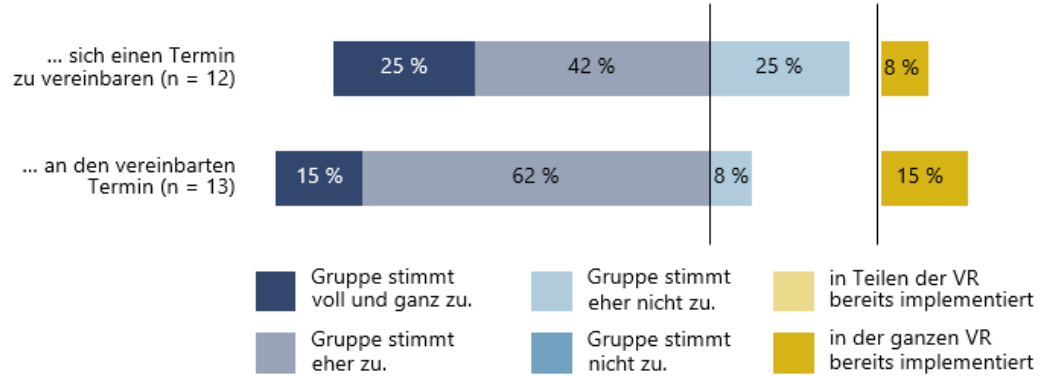
Abbildung 12 zeigt, wie die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel verschiedene Angebote einschätzen, die dazu beitragen könnten, dass Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle für notwendige Kontrolluntersuchungen einhalten.

Rund zwei Drittel der Versorgungsregionen sind der Meinung, dass eine „*Erinnerung, sich einen Termin zu vereinbaren*“ dazu beitragen würde, dass die Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchung einhalten. Ein Viertel teilt diese Meinung allerdings eher nicht. Eine „*Erinnerung an den vereinbarten Termin*“ wird von drei Viertel der Versorgungsregionen unterstützt. Teilnehmer:innen aus zwei Qualitätszirkeln gaben an, dass dies bereits in ihrer gesamten Versorgungsregion implementiert ist.

Abbildung 12: Angebote, die dazu beitragen würden, dass Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten, Fragen 1a und 1b

Würden nachfolgende Angebote dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten?

Erinnerung der Patientinnen/Patienten (z. B. per E-Mail / SMS / telefonisch) ...



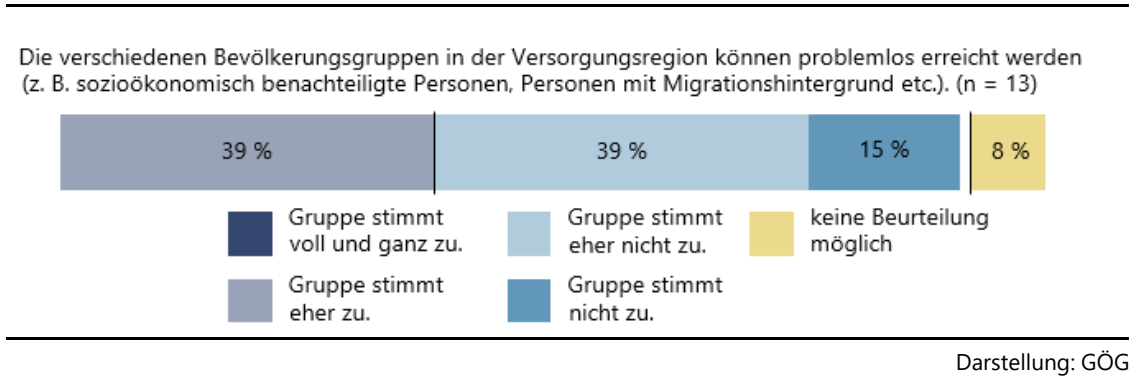
VR = Versorgungsregion

Darstellung: GÖG

Zusätzlich konnten in den A-OQI Qualitätszirkeln noch andere Angebote, die Patientinnen und Patienten dazu motivieren könnten, die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einzuhalten, in einem Freitextfeld angeführt werden. Die genannten Wünsche sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

In Abbildung 13 ist zu sehen, dass die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel der Aussage, dass „die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion problemlos erreicht werden (z. B. sozioökonomisch benachteiligte Personen, Personen mit Migrationsgeschichte etc.)“, überwiegend nicht (15 %) bzw. eher nicht (39 %) zustimmten. Weitere 39 Prozent stimmten eher zu. Eine vollständige Zustimmung gab es von keiner Versorgungsregion.

Abbildung 13: Problemlose Erreichbarkeit der verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion, Frage 1d

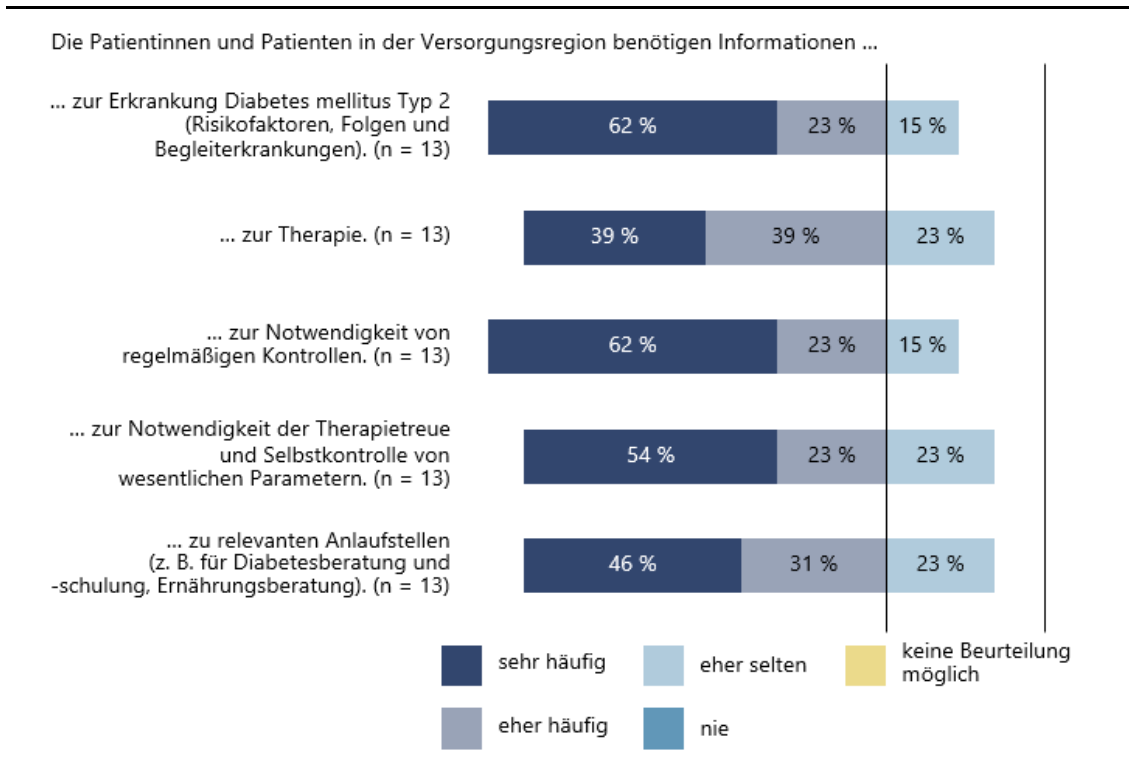


4.2.2 Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten

Abbildung 14 zeigt die Einschätzung der Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel zur Frage, wie häufig „Patientinnen und Patienten unterschiedliche Informationen rund um ihre Erkrankung benötigen“.

Der Informationsbedarf bei den Patientinnen und Patienten zur „Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2“, „zu Therapie“, zur „Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrollen“, zur „Notwendigkeit der Therapietreue und Selbstkontrolle wesentlicher Parameter“ sowie zu „relevanten Anlaufstellen“ ist sehr hoch. Die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel beschreiben, dass die genannten Informationen zwischen 75 Prozent und 85 Prozent *sehr häufig* oder *eher häufig* benötigt werden. Weiters gaben sie an, dass es *nie* vorkommt, dass keine Informationen zu diesen Themen benötigt werden.

Abbildung 14: Informationen, die Patientinnen und Patienten in der Versorgungsregion benötigen, Fragen 2a bis 2e



Darstellung: GÖG

4.2.3 Angebote und Maßnahmen für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige

Die Frage zu den Angeboten und Maßnahmen für Patientinnen, Patienten sowie deren Angehörige umfasst mehrere Unterfragen. Aufgrund des Umfangs der Ergebnisse werden diese in einer Kombination aus Mosaik- und Balkendiagramm dargestellt.

Leseanleitung Mosaik- und Balkendiagramm

Die folgenden Grafiken bestehen aus einer Kombination eines Mosaik- (links) und eines Balkendiagramms (rechts). Die Breite der blauen und grauen Flächen des Mosaikdiagramms zeigt die Aufteilung der Antworten zwischen *flächendeckend* oder *in Teilen der VR*.

Diese Flächen sind weiter unterteilt in einen oberen und einen unteren Block, der jeweils die Menge der Antworten *nicht zeitgerecht* bzw. *zeitgerecht* zeigt.

Das Balkendiagramm, rechts vom Mosaikdiagramm, zeigt (wenn vorhanden) die *Antwort nein, überhaupt nicht* bzw. *keine Beurteilung möglich* (farblich unterschieden).

Beispiel:

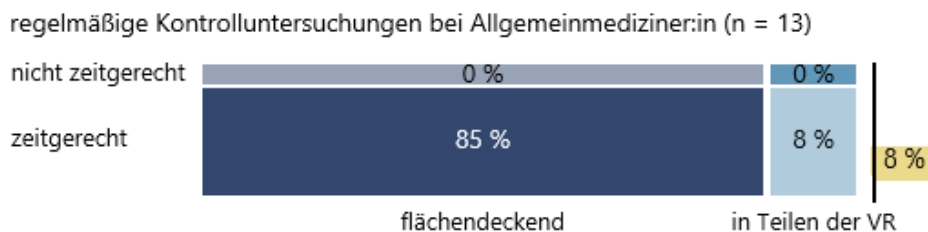
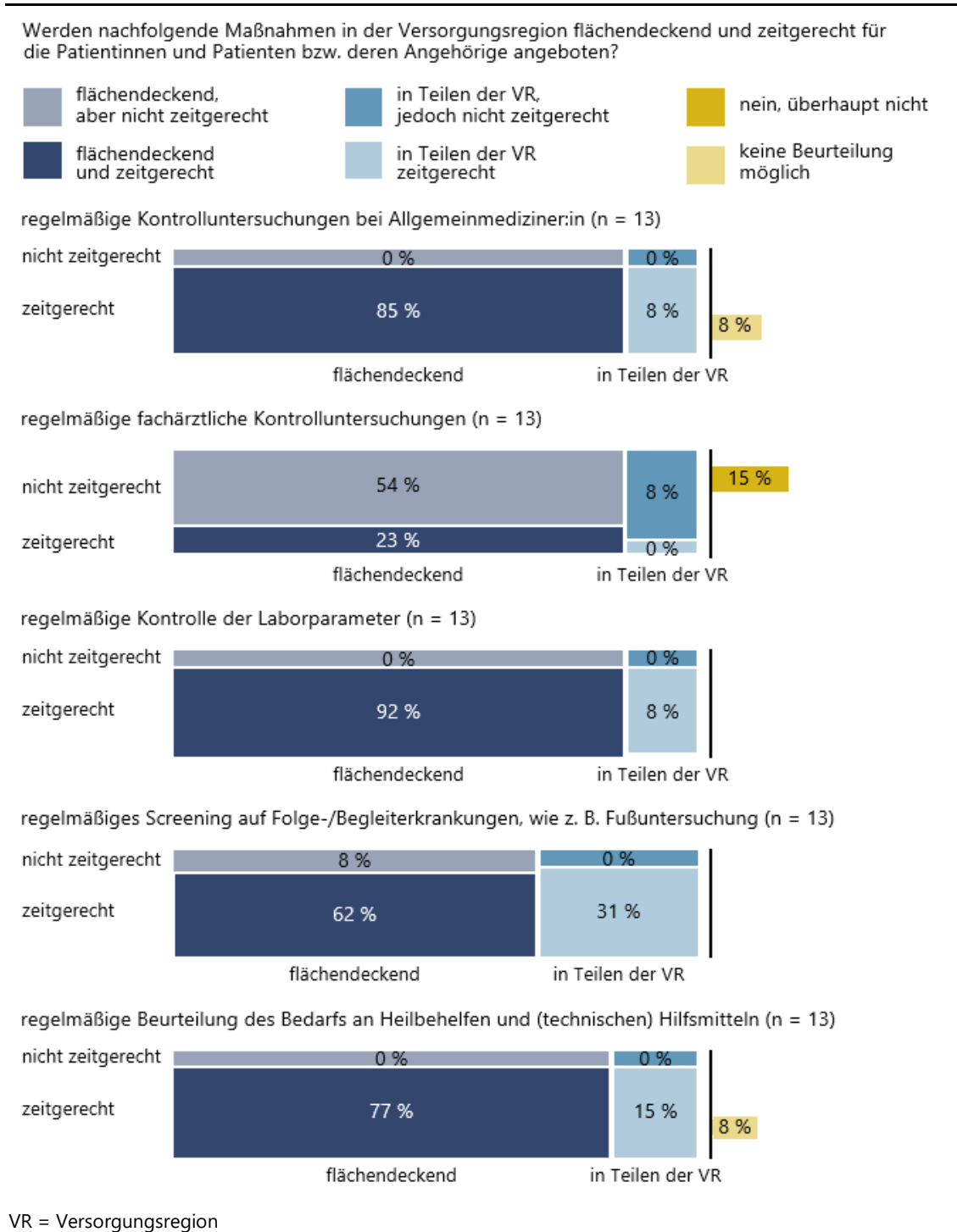


Abbildung 15, Abbildung 16 und Abbildung 17 zeigen, wie die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel einschätzen, ob die verschiedenen Angebote für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht verfügbar sind.

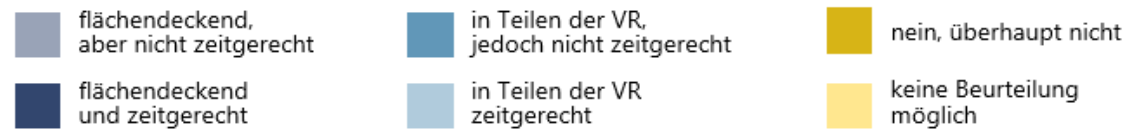
Abbildung 15: Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Fragen 3a bis 3e



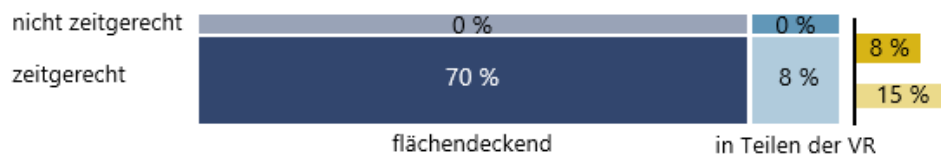
Darstellung: GÖG

Abbildung 16: Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Fragen 3f bis 3j

Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige angeboten?



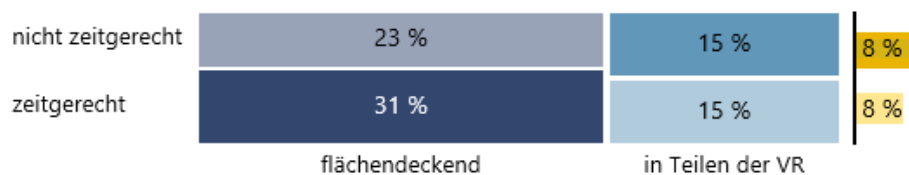
regelmäßige Beurteilung des Versorgungs-/Pflegebedarfs, Reha-Bedarfs (ambulant und/oder stationär) (n = 13)



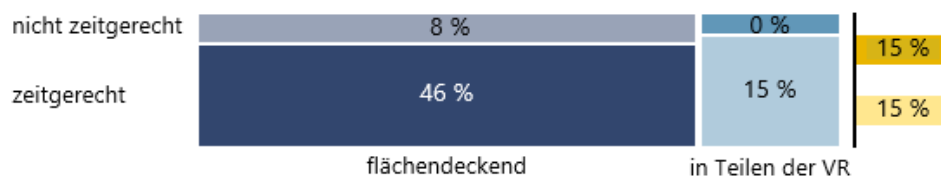
Schulungen ohne Insulin, inkl. Schulung zu Akutsituationen (Hypo-/Hyperglykämie) (n = 13)



Schulungen mit Insulin, inkl. Schulung zu Akutsituationen (Hypo-/Hyperglykämie) (n = 13)



Blutdruckschulungen (n = 13)



Schulung zu Prävention des diabetischen Fußsyndroms (n = 13)



VR = Versorgungsregion

Darstellung: GÖG

Die Mehrheit der Angebote (50–70 %) sind in den Versorgungsregionen *flächendeckend* verfügbar.

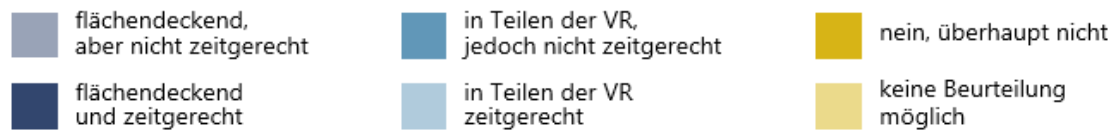
Bei ausgewählten Angeboten ist dies nicht der Fall. Stattdessen wird von den Versorgungsregionen angegeben, dass die Angebote *nur in Teilen der Versorgungsregion* oder *überhaupt nicht verfügbar* sind. Diese sind:

1. Schulungen mit Insulin, inklusive Schulung zu Akutsituationen (Hypo-/Hyperglykämie) (in Teilen bzw. nicht verfügbar = 62 %)
2. Schulung zu Prävention des diabetischen Fußsyndroms (in Teilen bzw. nicht verfügbar = 77 %)
3. Beratung zu Ernährung und gesundem Lebensstil (z. B. Bewegungsangebote, Einkaufstrainings zu gesunder Ernährung ...) (in Teilen bzw. nicht verfügbar = 55 %)
4. Initiativen bzgl. Alkohol- und Nikotinentwöhnung (in Teilen bzw. nicht verfügbar = 70 %)
5. Informationsveranstaltungen für Angehörige und deren Einbindung (in Teilen bzw. nicht verfügbar = 76 %)

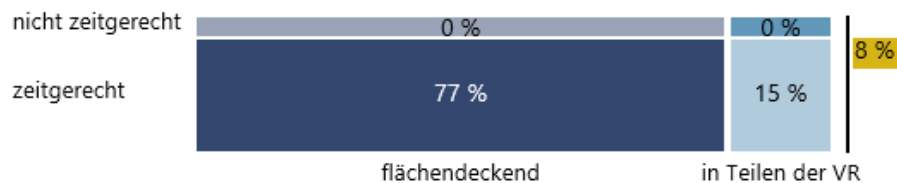
Das Angebot an Informationsveranstaltungen bzw. die Einbindung von Angehörigen ist im Ergebnis auffällig, da diese im Vergleich zu allen anderen Angeboten in nur sehr wenigen Versorgungsregionen (6 von 13) überhaupt angeboten werden.

Abbildung 17: Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Fragen 3k bis 3n

Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige angeboten?



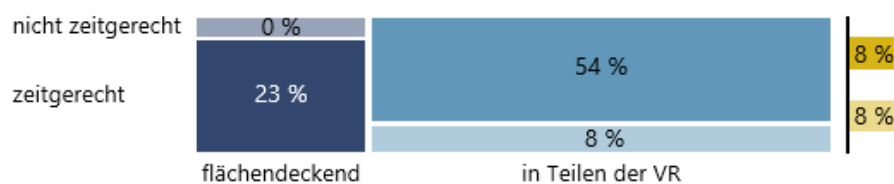
notwendige Präventivmaßnahmen durch Impfungen (n = 13)



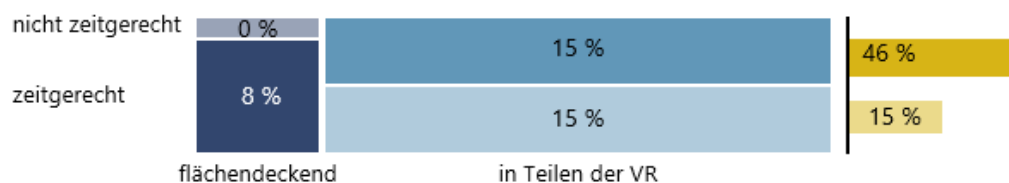
Beratung zu Ernährung und gesundem Lebensstil (z. B. Bewegungsangebote, Einkaufstrainings zu gesunder Ernährung ...) (n = 13)



Initiativen bzgl. Alkohol- und Nikotinentwöhnung (n = 13)



Informationsveranstaltungen für und Einbindung von Angehörigen (n = 13)



VR = Versorgungsregion

Darstellung: GÖG

In der Gesamtdarstellung der Frage zu den Maßnahmen und Angeboten (Abbildung 15 bis Abbildung 17) ist ersichtlich, dass sechs der gelisteten Angebote in allen Versorgungsregionen (bzw. in allen bis auf eine) als zeitgerecht angesehen werden.

Einige Angebote sind allerdings zu einem großen Anteil als *nicht zeitgerecht* und auch nur *in Teilen der Versorgungsregion verfügbar* bewertet worden:

- Schulung zu Prävention des diabetischen Fußsyndroms (nicht zeitgerecht bzw. nur in Teilen verfügbar = 31 %)
- Beratung zu Ernährung und gesundem Lebensstil (z. B. Bewegungsangebote, Einkaufstrainings zu gesunder Ernährung ...) (nicht zeitgerecht bzw. nur in Teilen verfügbar = 39 %)

- Initiativen bzgl. Alkohol- und Nikotinentwöhnung (nicht zeitgerecht bzw. nur in Teilen verfügbar = 54 %)

Weiters wird das Angebot der *regelmäßigen fachärztlichen Kontrolluntersuchungen* trotz großer flächendeckender Verfügbarkeit als hauptsächlich *nicht zeitgerecht verfügbar* (62 %) angesehen.

Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA)

Der zweite Fragenblock in diesem Abschnitt beschäftigte sich mit der *Verfügbarkeit diverser Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) in der Versorgungsregion für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige*. In Abbildung 18 und Abbildung 19 sind hierzu die Einschätzungen der Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel zu sehen.

Von der Mehrheit der Versorgungsregionen wurden Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (92 %), Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin (85 %), mobile Hauskrankenpflege (70 %) und diabetesspezifische Einrichtungen, wie z. B. Diabetesambulanz und Diabeteszentrum (62 %), als *flächendeckend verfügbar* angesehen.

Sozialarbeiter:innen und Diabetesberater:innen sind in drei bzw. fünf der 13 Versorgungsregionen *überhaupt nicht verfügbar*. Wenn Diabetesberater:innen verfügbar sind, dann nur in Teilen der Versorgungsregion.

Diese *fehlende oder nicht flächendeckende Verfügbarkeit* ist auch bei den anderen GDA zu einem hohen Prozentwert zu sehen:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde (54 %)
- Psychologinnen und Psychologen (77 %)
- Diätologinnen und Diätologen (85 %)
- GDA, die Wundmanagement anbieten (69 %)
- medizinische Fußpflege (70 %)

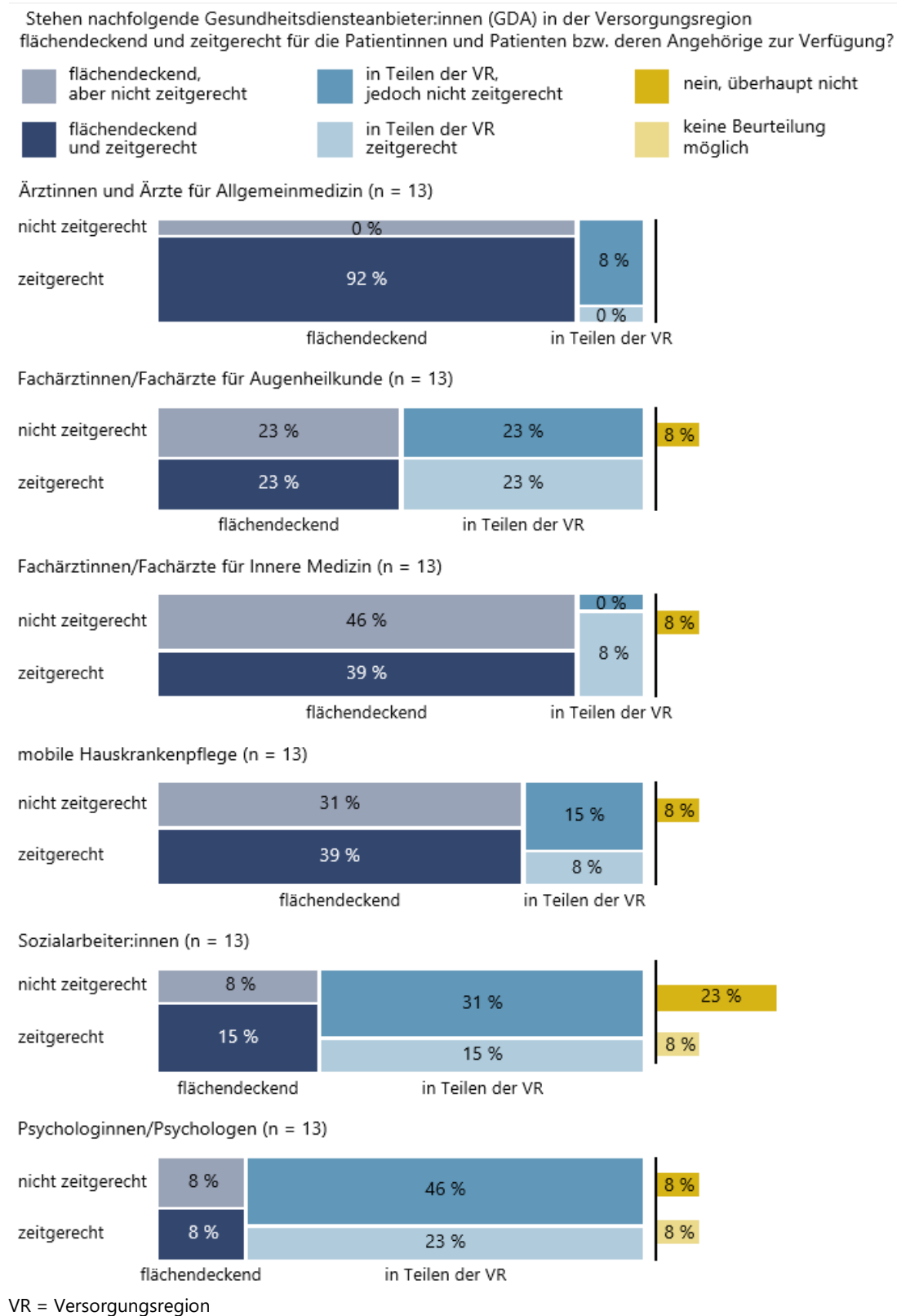
Die Verfügbarkeit von vielen GDA wird in etwa der Hälfte der 13 Versorgungsregionen als *nicht zeitgerecht* eingestuft. Dies betrifft die folgenden:

- Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde (46 %)
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin (46 %)
- mobile Hauskrankenpflege (46 %)
- Psychologinnen und Psychologen (54 %)
- GDA, die Wundmanagement anbieten (54 %)

Nur die Verfügbarkeit von Diätologinnen und Diätologen sowie diabetesspezifischen Einrichtungen, wie z. B. Diabetesambulanz und Diabeteszentrum, wird zu einem noch höheren Anteil (70 %) als *nicht zeitgerecht* angesehen.

Am Ende des Fragenblocks hatten die Gruppen die Möglichkeit, weitere Angebote zu nennen (Frage 3y). Diese sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

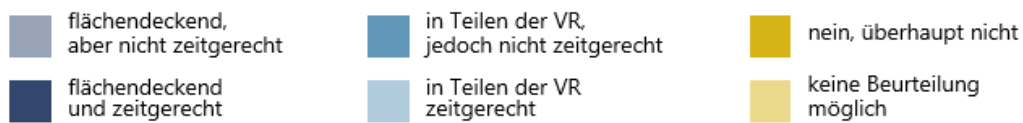
Abbildung 18: Verfügbarkeit der Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) in der Versorgungsregion, Fragen 3o bis 3t



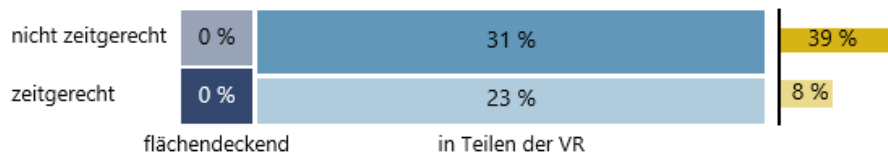
Darstellung: GÖG

Abbildung 19: Verfügbarkeit der Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) in der Versorgungsregion, Fragen 3u bis 3y

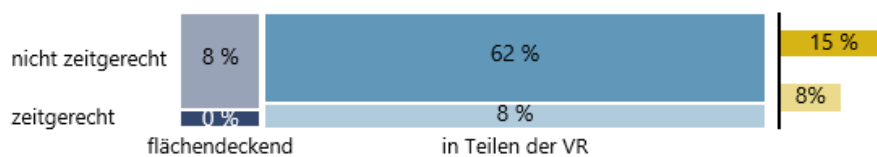
Stehen nachfolgende Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige zur Verfügung?



Diabetesberater:innen (n = 13)



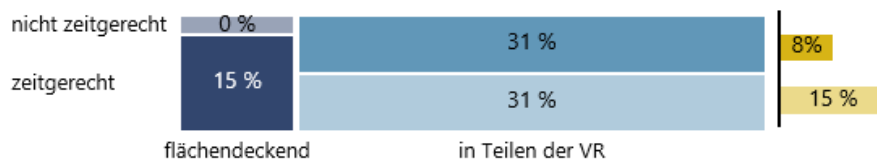
Diätologinnen/Diätologen (n = 13)



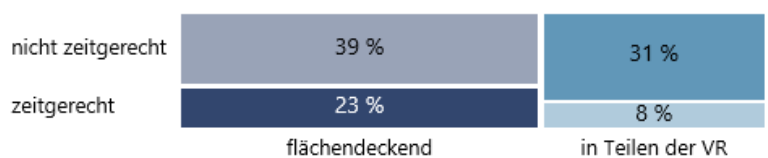
GDA, die Wundmanagement anbieten (n = 13)



medizinische Fußpflege (n = 13)



diabetesspezifische Einrichtungen, wie z. B. Diabetesambulanz, Diabeteszentrum (n = 13)



VR = Versorgungsregion

Darstellung: GÖG

Verfügbarkeit von Reha-Einrichtungen/-Angeboten in den Versorgungsregionen

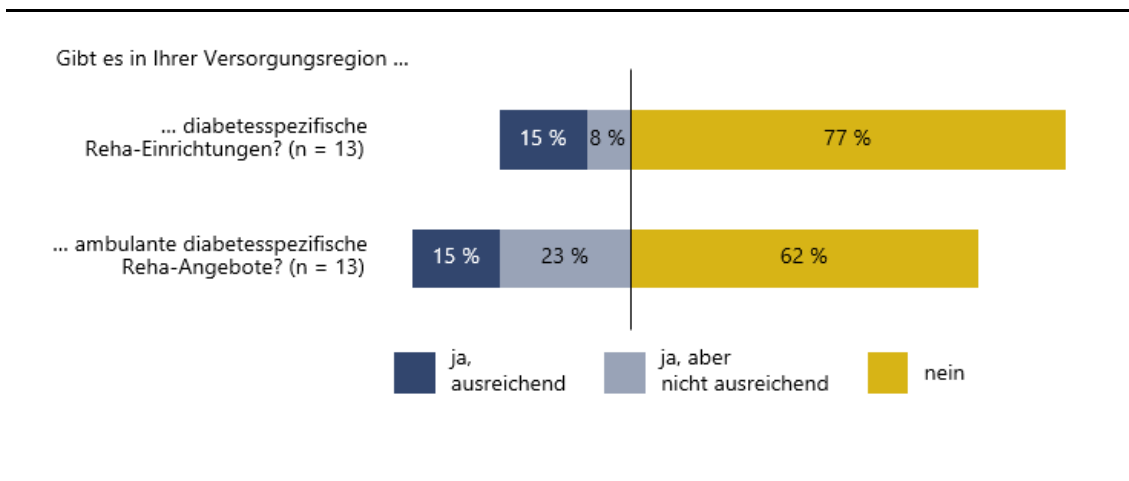
In Abbildung 20 sind die abschließenden Fragen zur Verfügbarkeit der GDA dargestellt. Diese beschäftigen sich mit der Verfügbarkeit von Reha-Einrichtungen/-Angeboten in den Versorgungsregionen.

Die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel gaben an, dass weder diabetesspezifische Reha-Einrichtungen (77 %) noch ambulante diabetesspezifische Reha-Angebote (62 %) in den meisten Versorgungsregion zur Verfügung stehen.

Von drei Versorgungsregionen wurde angegeben, dass sie *diabetesspezifische Reha-Einrichtungen* haben, wobei dieses Angebot einmal als nicht ausreichend angesehen wurde.

Ambulante diabetesspezifische Reha-Angebote sind in mehr Versorgungsregionen vorhanden, aber diese Angebote werden eher als nicht ausreichend gesehen.

Abbildung 20: Verfügbarkeit von Reha-Einrichtungen/-Angeboten in der Versorgungsregion, Fragen 3aa und 3ab



Darstellung: GÖG

4.2.4 Angebote für Ärztinnen und Ärzte

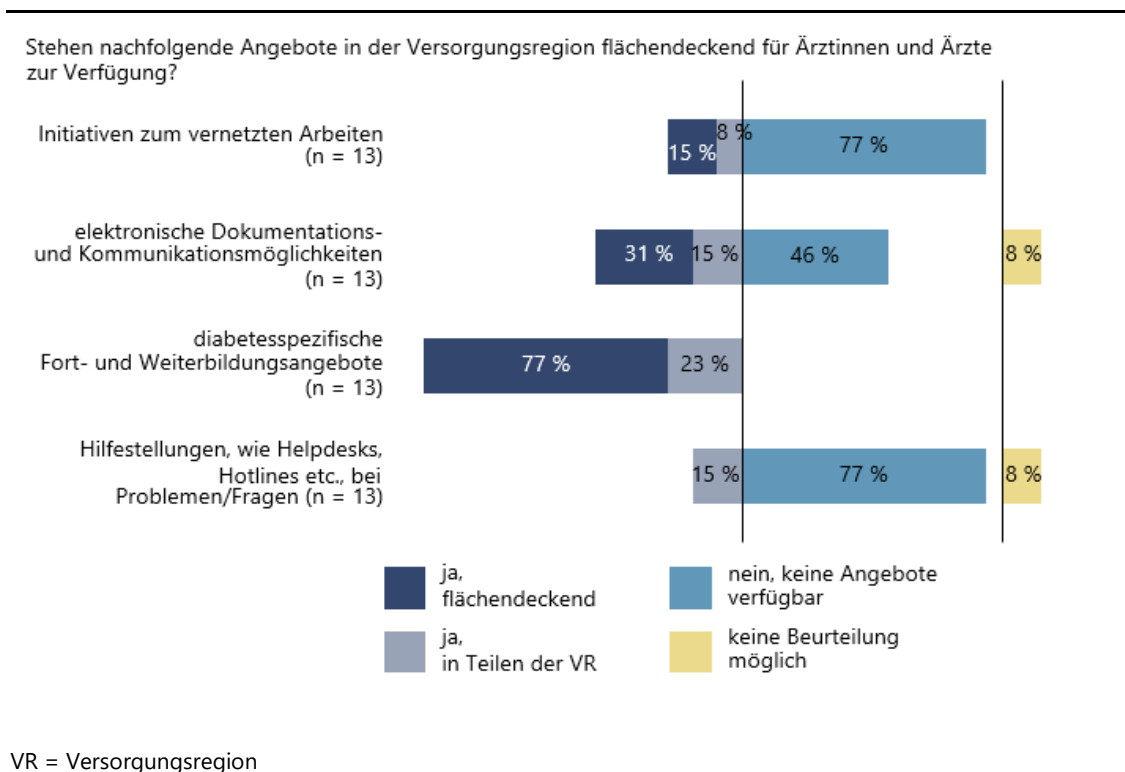
Dieser Fragenblock beschäftigt sich damit, ob Angebote in der Versorgungsregion für Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen und wenn ja, ob diese auch flächendeckend sind.

Abbildung 21 zeigt, dass von den gelisteten Angeboten nur „diabetesspezifische Fort- und Weiterbildungsangebote“ in allen Versorgungsregionen vorhanden sind, wenn auch in drei davon nicht flächendeckend.

„Elektronische Dokumentations- und Kommunikationsmöglichkeiten“ werden in fast der Hälfte der Versorgungsregionen angeboten, stehen aber somit im gleichen Ausmaß auch nicht zur Verfügung.

Das größte Verbesserungspotenzial besteht bei den „Initiativen zum vernetzten Arbeiten“ und „Hilfestellungen, wie Helpdesks, Hotlines etc., bei Problemen/Fragen“. Beide stehen in drei Viertel der Versorgungsregionen nicht zur Verfügung, wobei „Initiativen zum vernetzten Arbeiten“ zumindest in zwei Versorgungsregionen bereits flächendeckend verfügbar sind.

Abbildung 21: Angebote für Ärztinnen und Ärzte in der Versorgungsregion, Fragen 4a bis 4d



Darstellung: GÖG

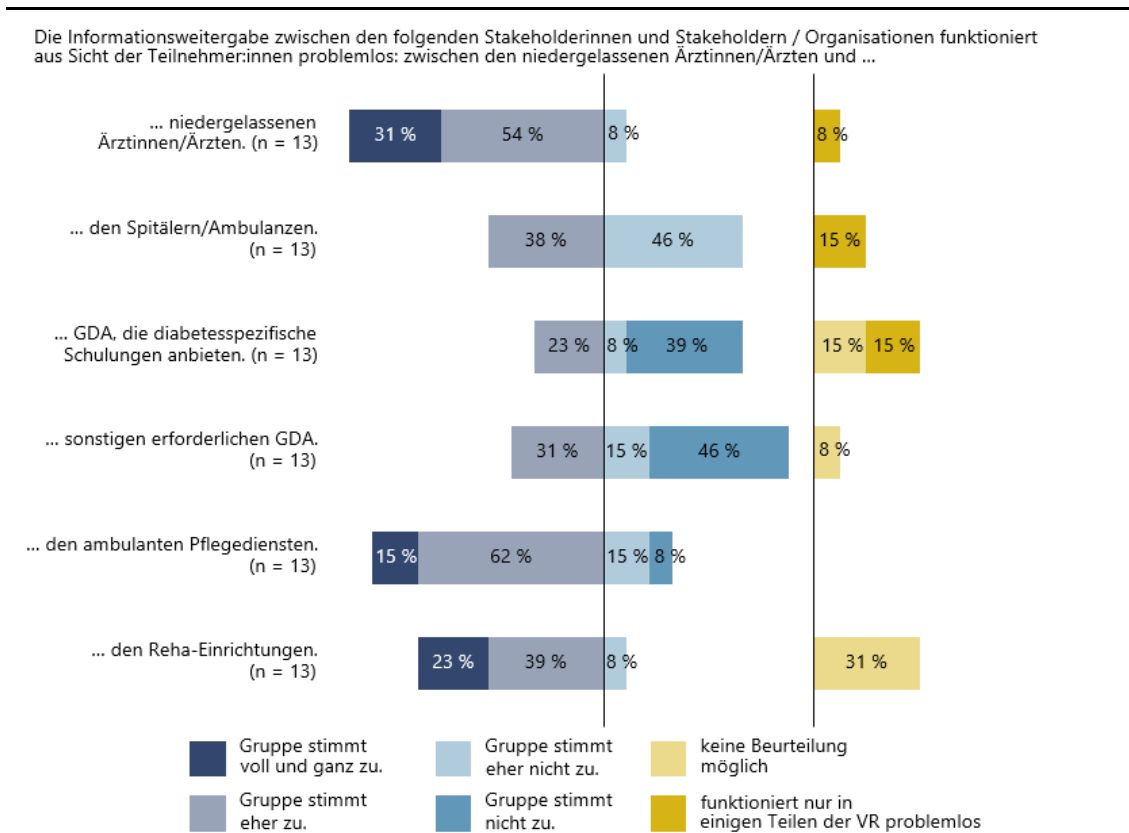
Am Ende des Fragenblocks hatten die Gruppen die Möglichkeit, Angebote zu nennen, die sie sich für ihre Versorgungsregion als Ärztin bzw. Arzt wünschen (Frage 4e). Diese sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

4.2.5 Kooperation

Der Abschnitt Kooperation zeigt die Einschätzung der Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel zur Informationsweitergabe zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den verschiedenen weiteren Stakeholderinnen und Stakeholdern / Organisationen.

In Abbildung 22 ist zu sehen, dass die Informationsweitergabe zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten untereinander sowie mit ambulanten Pflegediensten und Reha-Einrichtungen vorwiegend problemlos abläuft. Die Teilnehmer:innen von vier A-OQI Qualitätszirkeln konnten die Kooperation mit Reha-Einrichtungen nicht beurteilen.

Abbildung 22: Kooperation bzw. keine Probleme bei der Informationsweitergabe, Fragen 5a bis 5f



VR = Versorgungsregion

Darstellung: GÖG

Die Informationsweitergabe zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Spitälern/Ambulanzen und GDA, welche diabetesspezifische Schulungen anbieten, bzw. sonstigen erforderlichen GDA wurde von keiner Versorgungsregion als völlig problemlos eingestuft. Stattdessen stimmt etwa die Hälfte dieser Aussage *eher nicht* oder *nicht* zu.

In jeweils zwei Versorgungsregionen wurde angegeben, dass die Kooperation von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten mit Spitälern/Ambulanzen und mit GDA, die diabetesspezifische Schulungen anbieten, nur in einigen Teilen der Versorgungsregion problemlos funktioniert.

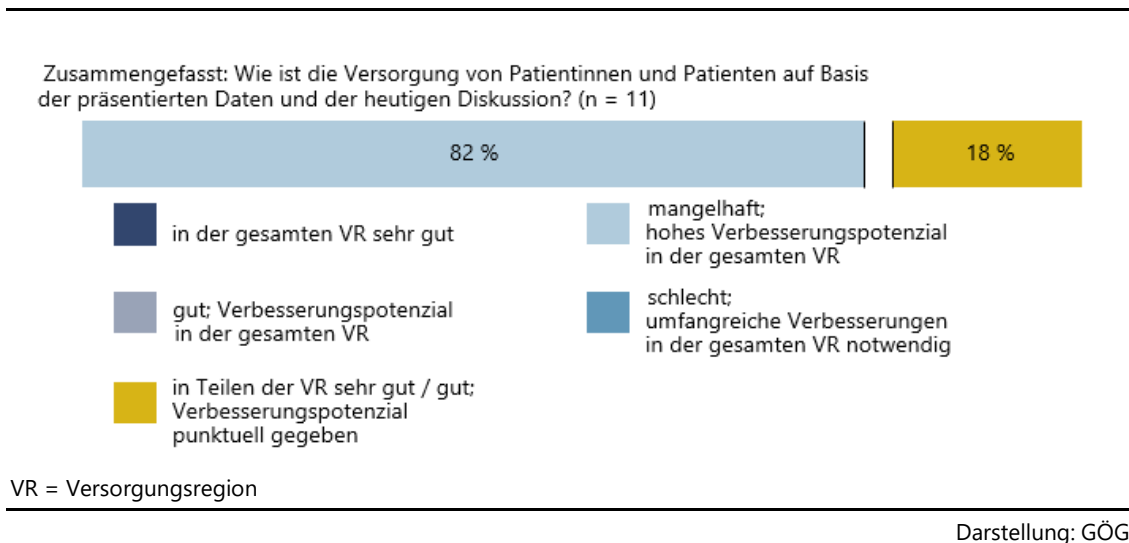
Am Ende des Fragenblocks hatten die Gruppen die Möglichkeit, falls die Informationsweitergabe nicht funktionierte, mögliche Gründe dafür zu nennen (Frage 5g). Diese sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

4.2.6 Gesamtbeurteilung

Mittels einer abschließenden Frage konnten die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel rückmelden, wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Basis der präsentierten Daten und der Diskussion im Gesamten eingeschätzt wird.

Abbildung 23 zeigt, dass 82 Prozent trotz guter Versorgung Verbesserungspotenzial in der gesamten Versorgungsregion sehen. 18 Prozent sehen punktuell Verbesserungspotenzial.

Abbildung 23: Gesamtbeurteilung, Frage 6a



4.3 Verbesserungsvorschläge

Auf Basis der diskutierten Optimierungsmöglichkeiten konnten die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel abschließend Lösungsvorschläge/Verbesserungsmöglichkeiten angeben und diese mit Verantwortlichkeiten und Zeithorizont hinterlegen. Die einzelnen Lösungsvorschläge werden, wie bereits im letzten Jahr, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der A-OQI Qualitätszirkel direkt übermittelt. Die Koordination dieser Rückmeldungen wird von der ÖQMED übernommen.

Die Rückmeldungen lassen sich insbesondere folgenden Themenfelder zuordnen:

- Ausbau und Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen
- Verbesserung des Zugangs zu Kassenleistungen
- Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Verbesserung von Kommunikation und Informationsaustausch
- Digitalisierung und bessere Datenverfügbarkeit
- erleichterter Zugang zu Fachärztinnen/Fachärzten und Spezialambulanzen
- mehr Schulungs-, und Fortbildungs- und Informationsangebote
- patientenorientierte Anreiz- und Unterstützungsmodelle
- Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung
- niederschwellige, mehrsprachige und strukturell gut abgestimmte Versorgung

Themenbezogene Zusammenfassung der Rückmeldungen

1. Disease-Management-Programme

Mehrfach angeführt wurden Aspekte rund um Disease-Management-Programme, insbesondere deren stärkere Bewerbung, die Ausweitung der Teilnahme sowie die Verbesserung der Informationsweitergabe. Genannt wurden unter anderem auch Schulungen für Gesundheitsdiensteanbieter:innen, Informationsmaterialien für Ärztinnen und Ärzte sowie Informationen über Neuerungen für teilnehmende Patientinnen und Patienten. Auch die Einbindung von Wahlärztinnen und Wahlärzten sowie Anreize für Patientinnen und Patienten wurden erwähnt.

2. Zugang zu Leistungen und Finanzierung

Ein wiederkehrendes Thema war der Zugang zu Kassenleistungen. Genannt wurden unter anderem Ernährungsberatung, Diätologie, Bewegungstherapie, medizinische Fußpflege, psychologische Versorgung, Wundmanagement, Rehabilitation sowie spezifische Behandlungen im Zusammenhang mit Diabetes. Auch Selbstbehalte, Genehmigungsverfahren und die Finanzierung wurden angesprochen.

3. Interdisziplinäre Versorgung und Zusammenarbeit

Mehrere Rückmeldungen betrafen die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Gesundheitsdiensteanbieter:innen. Thematisiert wurden die Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern, Spezialambulanzen, Diabetologie, Diätologie, Sozialarbeit, Psychologie, und Wundmanagement. Auch interdisziplinäre Plattformen und Netzwerke wurde als relevante Aspekte genannt.

4. Kommunikation und Informationsaustausch

Ein häufig erwähnter Punkt war die Verbesserung des Informationsflusses zwischen Versorgungsebenen und Berufsgruppen. Dazu zählen etwa die elektronische Kommunikation in sicherer Form, gemeinsame Plattformen für Gesundheitsdiensteanbieter:innen, der Austausch zwischen Krankenhäusern und niedergelassenem Bereich sowie die Verfügbarkeit relevanter Befunde und Ambulanzinformationen. Auch einheitliche und gut lesbare Befundformate sowie eine Priorisierung nach Dringlichkeit wurden angeführt.

5. Digitalisierung, ELGA und Datenverfügbarkeit

In Zusammenhang mit Digitalisierung wurden unter anderem ELGA, elektronische Kommunikationsmöglichkeiten, gemeinsame digitale Plattformen sowie besseres Zahlen- und Datenmaterial für die Durchführung der A-OQI Qualitätszirkel genannt. Dabei ging es sowohl um die Nachvollziehbarkeit von Programmen als auch um die Verfügbarkeit von medizinischen Informationen für die Versorgung.

6. Fachärztliche Versorgung und Terminverfügbarkeit

Mehrfach wurde der Zugang zu Fachärztinnen/Fachärzten thematisiert. Genannt wurden lange Wartezeiten, erleichterter Zugang zu Spezialambulanzen sowie Hotlines oder direkte Kontaktmöglichkeiten für fachliche Fragen. Auch der Ausbau telemedizinischer Angebote wurde als Thema angeführt.

7. Schulungen, Fortbildungen und Informationsangebote

Rückmeldungen bezogen sich auch auf Schulungs- und Fortbildungsangebote für Gesundheitsdiensteanbieter:innen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige. Angegeben wurden unter anderem Diabetes-Schulungen, strukturierte Fortbildungen, Motivationsveranstaltungen, Fachvorträge sowie Informationsmaterialien.

8. Patientenorientierung und Anreizsysteme

Mehrere Nennungen bezogen sich auf Anreize und unterstützende Maßnahmen für Patientinnen und Patienten. Dazu zählen Bonus-Malus-Systeme, Belohnungssysteme, erleichterter Zugang zu Spezialambulanzen, Terminmanagement, Information durch die Sozialversicherung sowie die Abfrage der Lebensqualität.

9. Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung

Im Bereich der Prävention und Früherkennung wurden Themen wie die Behandlung von Prädiabetes, HbA1c-Messungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, Augenscreening, Ernährungsberatung, Kochschulungen, Bewegungstherapie sowie Maßnahmen wie Ernährungsampel und Zuckersteuer genannt.

10. Niederschwellige Zugänge

Ein weiterer Aspekt betrifft die niederschwellige Gestaltung von Angeboten. Dazu zählen Einrichtungen oder Ordinationen mit Schwerpunkt Diabetes sowie die Bereitstellung von Übersetzungen in verschiedenen Sprachen.

11. Organisations- und Strukturfragen

Eine Rückmeldung bezog sich auf übergeordnete Strukturen der Versorgung. Genannt wurden weiters Gatekeeping durch Hausärztinnen/Hausärzte (Hausarztmodell) sowie strukturelle Fragen der Finanzierung und Steuerung.

5 Schlussfolgerung

Durch die seit dem Jahr 2024 eingeführten Qualitätsverbesserungsmaßnahmen bei der Durchführung der A-OQI Qualitätszirkel³ konnten die Veranstaltungen 2025 erfolgreich durchgeführt werden. Folgende Schlussfolgerungen ergeben sich aus den vorliegenden Ergebnissen.

Informationsbedarf und Erreichbarkeit

Die Patientinnen und Patienten in den Versorgungsregionen weisen insgesamt einen hohen Informationsbedarf auf. Die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel betonten, dass insbesondere zu den jeweiligen Krankheitsbildern sowie zur Bedeutung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen ein großer Aufklärungsbedarf besteht. Ebenso häufig werden Informationen zur Notwendigkeit von Therapietreue sowie zur selbstständigen Überwachung wichtiger Gesundheitsparameter nachgefragt.

Wie bereits in den vergangenen Jahren im Rahmen der A-OQI Qualitätszirkel deutlich wurde, zeigt sich auch beim Thema Diabetes erneut die Herausforderung, verschiedene Bevölkerungsgruppen – etwa sozioökonomisch benachteiligte Personen oder Menschen mit Migrationshintergrund – adäquat zu erreichen.

Maßnahmen und Angebote

Vor allem im Bereich der Schulungen besteht in den Versorgungsregionen ein hoher Optimierungsbedarf. Nur rund 15 Prozent der Befragten gaben an, dass präventionsorientierte Schulungen zu diabetesspezifischen Themen in ihrer Versorgungsregion zeitgerecht verfügbar sind. Weiters besteht auch beim Angebot an regelmäßigen fachärztlichen Kontrolluntersuchungen ein hoher Optimierungsbedarf. Hier gaben 15 Prozent an, dass diese überhaupt nicht verfügbar sind, bzw. berichteten über 50 Prozent, dass diese nicht zeitgerecht angeboten werden.

Informationsveranstaltungen für die Angehörigen und die Einbindung dieser funktioniert in den Versorgungsregionen derzeit kaum. Nur 8 Prozent gaben an, dass diese Angebote zeitgerecht und flächendeckend funktionieren. Fast die Hälfte der Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel berichtete hingegen, dass solche Aktivitäten überhaupt nicht stattfinden.

Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern

Besonders auffällig ist, dass Sozialarbeiter:innen in vielen Fällen gar nicht verfügbar sind (23 %) oder nicht rechtzeitig bzw. nur in Teilen der jeweiligen Versorgungsregion zur Verfügung stehen. Ein ähnliches Problem zeigt sich bei den Diabetesberaterinnen und -beratern: 39 Prozent der Befragten gaben an, dass diese überhaupt nicht verfügbar sind. Auch andere Gesundheitsdiensteanbieter:innen – wie etwa Diätologinnen und Diätologen oder GDA im Bereich Wundmanagement – stehen in über 50 Prozent der Versorgungsregionen nur teilweise und nicht zeitgerecht zur Verfügung.

³ Ambulante Qualitätszirkel [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ambulante-Qualitaetssicherung/A4tszirkel.html> [Zugriff am 23.04.2026]

Auch bei der Verfügbarkeit von diabetesspezifischen Reha-Einrichtungen sowie ambulanten diabetesspezifischen Reha-Angeboten besteht deutlicher Optimierungsbedarf. Die Teilnehmer:innen lediglich zweier A-OQI Qualitätszirkel gaben an, dass das Angebot in ihrer Region ausreichend sei.

Zwar stehen in den Versorgungsregionen grundsätzlich genügend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung, jedoch könnte das Gesamtangebot weiter ausgebaut werden. Die Teilnehmer:innen von zehn A-OQI Qualitätszirkeln berichteten, dass es in ihrer Region keine Initiativen zum vernetzten Arbeiten gibt und auch keine unterstützenden Strukturen wie Helpdesks oder Hotlines, an die man sich bei Problemen oder Fragen wenden kann. Zudem erwähnten Teilnehmer:innen von sechs A-OQI Qualitätszirkeln, dass elektronische Dokumentations- und Kommunikationsmöglichkeiten fehlen.

Kooperation

Im Bereich der Informationsweitergabe zwischen den beteiligten Stakeholderinnen und Stakeholdern sowie Organisationen zeigt sich, dass insbesondere der Austausch zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den GDA, die diabetesspezifische Schulungen anbieten, und den sonstigen erforderlichen GDA eher nicht bis gar nicht problemlos funktioniert. Hier besteht eindeutig weiterer Optimierungsbedarf.

Diese ausgewählten kritischen Ergebnisse zeigen, dass jedenfalls Handlungsbedarf bzw. Verbesserungspotenzial in den Versorgungsregionen besteht, um eine reibungslose und adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 sicherzustellen.

Weiters muss das Thema der „qualitativ hochwertigen Daten im niedergelassenen Bereich“ umfassend bearbeitet werden, um die Qualität und Nachhaltigkeit der Ergebnisqualität im ambulanten/niedergelassenen Bereich zu erhöhen.

Datenvoraussetzung

Im Gegensatz zu A-IQI fehlen im niedergelassenen Bereich wesentliche Daten zur umfassenden Abbildung der Krankheits-/Behandlungsverläufe. Um Themen für die A-OQI Qualitätszirkel festlegen zu können, muss vorab geklärt sein, ob für die jeweils erforderlichen Parameter/Indikatoren ausreichend valides Datenmaterial vorhanden ist oder gravierende Datenlücken bestehen. Als Limitation zur definierten Grundpopulation bei Diabetes mellitus kann angeführt werden, dass Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes ohne medikamentöse Therapie in den A-OQI-Auswertungen auf Basis von LEICON bisher nicht eingeschlossen sind. Diese Einschränkung sollte auch für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung mitberücksichtigt werden.

Um den Erfolg der A-OQI Qualitätszirkel zu sichern und valide Aussagen treffen zu können, sind *jedenfalls folgende Daten zur Verfügung zu stellen*, die je Krankheitsbild benötigt werden:

- Diagnosen im ambulanten Bereich
- spezifische Leistungen aus Spitalsambulanzen
- in Krankenhausambulanzen erbrachte Laborleistungen (z. B. Cholesterin, LDL, HbA1c, NBZ)
- vollständiger Überblick über die für das Projekt relevanten verordneten Medikamente (z. B. Medikamente unter der Rezeptgebührengrenze)
- Daten aus dem wahlärztlichen Bereich

Wie bei A-IQI ist die Vollständigkeit der Daten auch bei A-OQI sicherzustellen, bevor ein neuer Themenbereich für die Auswahl von Indikatoren zur Bearbeitung in A-OQI Qualitätszirkeln festgelegt wird.

Eine wesentliche Verbesserung wird hier die geplante Diagnosen- und Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich sein.

6 Ausblick

Der gegenständliche Bericht wird den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten übermittelt. Weiters erhalten die jeweiligen Teilnehmer:innen der Qualitätszirkel die entsprechenden Verbesserungsvorschläge in zusammengefasster Form für die weitere Bearbeitung.

Im *Rahmenkonzept Integrierte Versorgung von Diabetes mellitus Typ 2*⁴ werden viele der unter den Schlussfolgerungen aufgezeigten Defizite adressiert. Die darin beschriebene Versorgung basiert auf einer bundesweit abgestimmten, multiprofessionellen und versorgungsübergreifenden Betreuung mit leitlinienkonformen Abläufen. Wesentliche Elemente sind u. a. die verbesserte Koordination der Gesundheitsdiensteanbieter:innen, strukturierte Versorgungsübergänge mit elektronischer Dokumentation und Informationsweitergabe sowie Qualitätssicherung und Monitoring. Ergänzend wird die Stärkung der Patientinnen und Patienten durch Schulung, Empowerment und Selbstmanagement sowie durch Telemonitoring hervorgehoben. Das Rahmenkonzept beruht auf einem gemeinsamen Verständnis von Bund, Ländern und Sozialversicherung; im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wird aktuell an der Realisierung der integrierten Versorgung mit Fokus auf die Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 gearbeitet.

Wie in Kapitel 1.2 ausgeführt, arbeitet die im Jahr 2025 gegründete Arbeitsgruppe Qualitätsmessung an einem Konzept für eine sektorenübergreifende Qualitätsmessung, um A-IQI und A-OQI künftig noch stärker sektorenübergreifend zu betrachten. Wesentliche Grundlagen zur sektorenübergreifenden Qualitätsmessung bei Diabetes liegen bereits im Qualitätsindikatorenset für Diabetes von LEICON vor. Dieses Indikatorenset soll um weitere Indikatoren ergänzt und auf Basis der Erfahrungen aus dem vergangenen Verbesserungszyklus und der wissenschaftlichen Literatur bzw. unter Einbindung notwendiger Expertise weiterentwickelt werden.

Da dieses Konzept sowie eine zweckmäßige Nachfolgelösung für die A-OQI Qualitätszirkel frühestens Ende des Jahres 2026 entwickelt werden können, haben sich das BMASGPK und die ÖQMED darauf geeinigt, im Jahr 2026 gemeinsam erneut A-OQI Qualitätszirkel zum Thema „Diabetes mellitus Typ 2“ durchzuführen. Geplant sind A-OQI Qualitätszirkel in jedem Bundesland in Versorgungsregionen, in denen 2025 keine A-OQI Qualitätszirkel stattgefunden haben.

⁴ Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2 [online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Rahmenkonzept-Integrierte-Versorgung-Diabetes-mellitus-Typ-2.html> [Zugriff am 23.4.2026]

Anhang

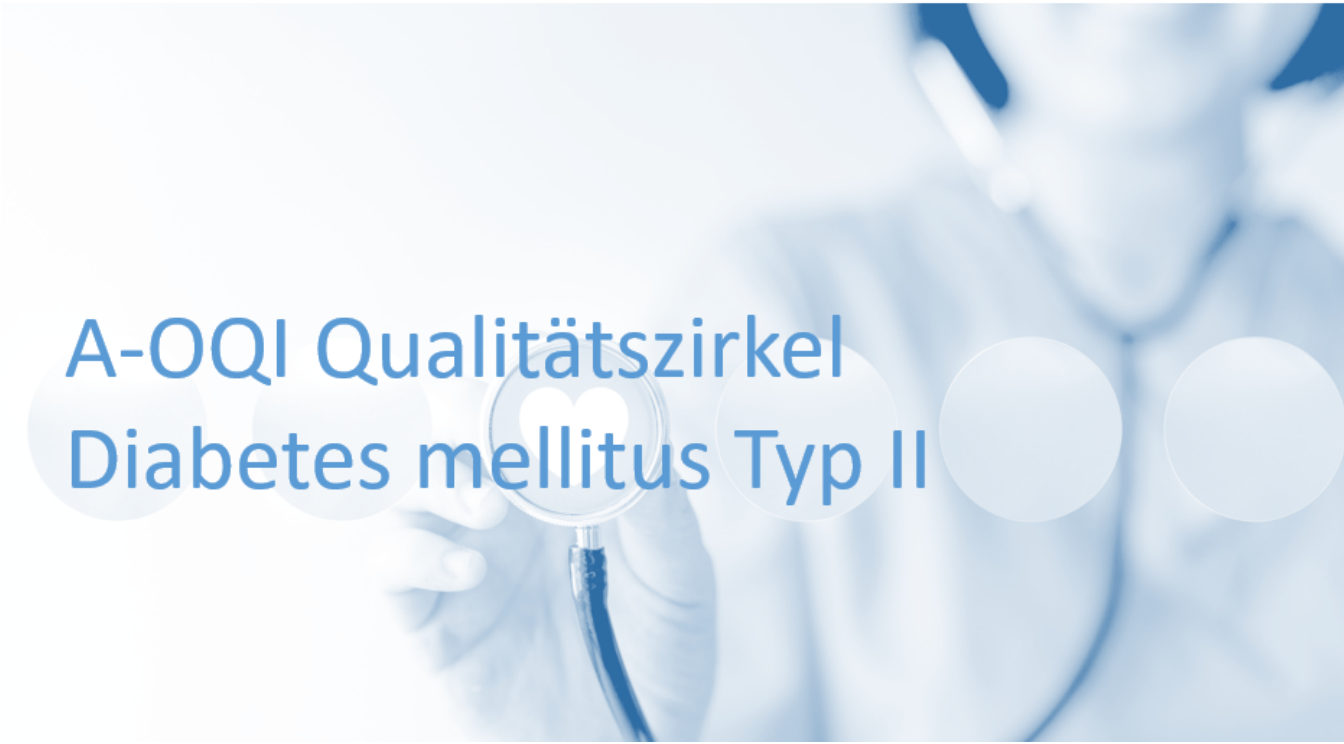
Anhang 1: Präsentation Definition der Qualitätsindikatoren zum Thema „Diabetes mellitus Typ 2“

Anhang 2: Feedbackfragebogen A-OQI Qualitätszirkel Diabetes mellitus Typ 2, 2025

Anhang 3: Auflistung aller Ergebnisse der Freitextfelder des Fragebogens als Originalangaben

Anhang 1

Präsentation Definition der Qualitätsindikatoren zum Thema „Diabetes mellitus Typ 2“
(September bis November 2025, 13 A-OQI Qualitätszirkel; siehe Kapitel 4)



A-OQI Qualitätszirkel Diabetes mellitus Typ II

Indikatoren: Definition

- **Arztkontakte:**

- **Arztkontakte Allgemeinmedizin (AM):** Anteil der Typ II-DiabetikerInnen mit Arztkontakt zu einem/einer AllgemeinmedizinerIn in mind. drei Quartalen pro Jahr (WahlärztInnen soweit möglich berücksichtigt)
- **Arztkontakt Augenheilkunde:** Anteil der Typ II-DiabetikerInnen mit Augenarztkontakten (augenärztliche Untersuchung) in den letzten zwei Jahren (WahlärztInnen soweit möglich berücksichtigt)

- **Laborparameter:**

- **Laborparameter HbA1c:** Anteil der Typ II-DiabetikerInnen mit mindestens einer Bestimmung des HbA1c-Wertes pro Jahr
- **Laborparameter allgemein:** Anteil der Typ II-DiabetikerInnen mit Bestimmung von mindestens einem der im Behandlungspfad angeführten Laborparameter (Kreatinin, Triglyceride, Gesamt-Cholesterin oder HDL/LDL-Cholesterin) pro Jahr

Indikatoren: Definition

- **Stationäre Krankenhausaufenthalte:**
 - **Herzinfarkt:** Anteil der Typ II-DiabetikerInnen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit Haupt- oder Nebendiagnose Herzinfarkt I21.0-I22.9 im jeweiligen Jahr
 - **Schlaganfall ischämisch:** Anteil der Typ II-DiabetikerInnen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit Haupt- oder Nebendiagnose Schlaganfall (I63, I64) ohne Haupt- oder Nebendiagnose C, D oder U

Indikatoren: Definition

- **Major-Amputation untere Extremität:** Anteil der Typ II-DiabetikerInnen mit stationärer Krankenhausaufnahme mit nachfolgenden MEL (und/oder):
 - *Einschluss:*
 - *NA070 Hemipelvektomie*
 - *NZ080 Exartikulation im Hüftgelenk*
 - *NZ090 Oberschenkelamputation*
 - *NZ100 Exartikulation im Kniegelenk*
 - *NZ110 Unterschenkelamputation*
 - *Ausschluss-Diagnosen:*
 - *S78.0-S78.1, S78.9, S88.0-S88.1, S88.9, S98.0-S98.4, T05.3-T05.5, T13.6 Traumatische Amputationen*
 - *M16 Coxarthrose*
 - *M17 Gonarthrose*
 - *C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten Lange Knochen der unteren Extremität*
 - *C40.3 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten Kurze Knochen der unteren Extremität*
 - *C41.4 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen Beckenknochen*
 - *C76.3 Bösartige Neubildung Becken*
 - *C76.5 Bösartige Neubildung Untere Extremität*

Anhang 2

Feedbackfragebogen A-OQI Qualitätszirkel Diabetes mellitus Typ 2, 2025

Feedbackfragebogen A-OQI Qualitätszirkel Diabetes mellitus Typ 2

0 Statistische Angaben

Bitte wählen Sie die Versorgungsregion aus, die in diesem A-OQI Qualitätszirkel betrachtet wurde:

☐ Burgenland-Nord	☐ Kärnten-Ost	☐ Niederösterreich-Mitte
☐ Niederösterreich – Mostviertel	☐ Oberösterreich – Zentralraum Linz	☐ Oberösterreich – Traunviertel – Salzkammergut
☐ Salzburg – Pinzgau – Pongau – Lungau	☐ Steiermark – Graz	☐ Steiermark – westliche Obersteiermark
☐ Tirol-West	☐ Vorarlberg-Süd	☐ Wien-Mitte-Südost
☐ Wien-West		

Wie viele Vertreter:innen der jeweiligen medizinischen Fachrichtung haben an diesem A-OQI Qualitätszirkel teilgenommen?

Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin	Fachärztinnen/Fachärzte für Innere Medizin	Fachärztinnen/Fachärzte für Augenheilkunde	andere Fachärztinnen/Fachärzte

Einleitung und Ausfüllhilfe – Feedbackfragebogen zum Thema „Diabetes mellitus Typ 2“

Bitte wählen Sie für die nachfolgenden Aussagen/Fragen eine Antwort pro Frage als Gruppenantwort aus.
Falls mehrere Antworten möglich sind, ist dies explizit angeführt.

Bei ausgewählten Fragen kann bei den Antworten zwischen „der gesamten Versorgungsregion“ und „Teilen der Versorgungsregion“ unterschieden werden. Diese sind jeweils farblich markiert:

in der gesamten Versorgungsregion

in Teilen der Versorgungsregion

Am Ende des Fragebogens finden Sie die Möglichkeit, konkrete Optimierungsvorschläge anzuführen.

Abkürzungen

VR = Versorgungsregion

GDA = Gesundheitsdiensteanbieter:innen

1 Terminwahrnehmung und Erreichung der Patientinnen und Patienten

Würden nachfolgende Angebote dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten?

	Erinnerung der Patientinnen/ Patienten (z. B. per E-Mail / SMS / telefonisch) ...	Gruppe stimmt voll und ganz zu.	Gruppe stimmt eher zu.	Gruppe stimmt eher nicht zu.	Gruppe stimmt nicht zu.	in der ganzen VR bereits implementiert	in Teilen der VR bereits imple- mentiert
1a	... sich einen Termin zu vereinbaren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1b	... an den vereinbarten Termin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1c	Andere Angebote? Wenn ja, welche?	Freitextfeld					

Die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion können problemlos erreicht werden (z. B. sozioökonomisch benachteiligte Personen, Personen mit Migrationshintergrund etc.).					
1d	Gruppe stimmt voll und ganz zu.	Gruppe stimmt eher zu.	Gruppe stimmt eher nicht zu.	Gruppe stimmt nicht zu.	keine Beurteilung möglich
	☐	☐	☐	☐	☐

2 Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten in der Versorgungsregion benötigen Informationen ... (Bitte jeweils eine Antwort ankreuzen!)					keine Beurteilung möglich	
		sehr häufig	eher häufig	eher selten		nie
2a	... zur Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2 (Risikofaktoren, Folgen und Begleiterkrankungen).	☐	☐	☐	☐	☐
2b	... zur Therapie.	☐	☐	☐	☐	☐
2c	... zur Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrollen.	☐	☐	☐	☐	☐
2d	... zur Notwendigkeit der Therapie-treue und Selbstkontrolle von wesentlichen Parametern.	☐	☐	☐	☐	☐
2e	... zu relevanten Anlaufstellen (z. B. für Diabetesberatung und -schulung, Ernährungsberatung).	☐	☐	☐	☐	☐

3 Angebote und Maßnahmen für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige

Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächen-deckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige angeboten? (Bitte jeweils eine Antwort ankreuzen!)		flächen-deckend und zeitgerecht	flächen-deckend, aber nicht zeitgerecht	in Teilen der VR zeitgerecht	in Teilen der VR, jedoch nicht zeitgerecht	nein, überhaupt nicht	keine Beurteilung möglich
3a	regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Allgemeinmediziner:in	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3b	regelmäßige fachärztliche Kontrolluntersuchungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3c	regelmäßige Kontrolle der Laborparameter	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3d	regelmäßiges Screening auf Folge-/Begleiterkrankungen, wie z. B. Fußuntersuchung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3e	regelmäßige Beurteilung des Bedarfs an Heilbehelfen und (technischen) Hilfsmitteln	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3f	regelmäßige Beurteilung des Versorgungs-/Pflegebedarfs, Reha-Bedarfs (ambulant und/oder stationär)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3g	Schulungen ohne Insulin, inkl. Schulung zu Akutsituationen (Hypo-/Hyperglykämie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3h	Schulungen mit Insulin, inkl. Schulung zu Akutsituationen (Hypo-/Hyperglykämie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3i	Blutdruckschulungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3j	Schulung zu Prävention des diabetischen Fußsyndroms	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3k	notwendige Präventivmaßnahmen durch Impfungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3l	Beratung zu Ernährung und gesundem Lebensstil (z. B. Bewegungsangebote, Einkaufstrainings zu gesunder Ernährung ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3m	Initiativen bzgl. Alkohol- und Nikotinentwöhnung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3n	Informationsveranstaltungen für und Einbindung von Angehörigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Stehen nachfolgende Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige zur Verfügung?		flächendeckend und zeitgerecht		flächendeckend, aber nicht zeitgerecht		in Teilen der VR zeitgerecht		in Teilen der VR, jedoch nicht zeitgerecht		nein, überhaupt nicht		keine Beurteilung möglich	
(Bitte jeweils eine Antwort ankreuzen!)													
3o	Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3p	erforderliche Fachärztinnen und Fachärzte:												
	Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3q	mobile Hauskrankenpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3r	Sozialarbeiter:innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3s	Psychologinnen und Psychologen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3t	Diabetesberater:innen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3u	Diätologinnen und Diätologen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3v	GDA, die Wundmanagement anbieten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3w	medizinische Fußpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3x	diabetesspezifische Einrichtungen, wie z. B. Diabetesambulanz, Diabeteszentrum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3y	Weitere Angebote? Wenn ja, welche?	Freitextfeld											

Gibt es in Ihrer Versorgungsregion ...		ja, ausreichend	ja, aber nicht ausreichend	nein
3z	... diabetesspezifische Reha-Einrichtungen?	☐	☐	☐
3aa	... ambulante diabetesspezifische Reha-Angebote?	☐	☐	☐

4 Angebote für Ärztinnen und Ärzte

Stehen nachfolgende Angebote in der Versorgungsregion flächendeckend für Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung? (Bitte jeweils eine Antwort ankreuzen!)		ja, flächendeckend	ja, in Teilen der VR	nein, keine Angebote verfügbar	keine Beurteilung möglich
4a	Initiativen zum vernetzten Arbeiten (Vernetzung zwischen dem allgemein-medizinischen und dem fachärztlichen Bereich, mit nicht ärztlichen Berufsgruppen oder mit lokalen Initiativen etc., z. B. elektronische Austauschplattformen)	☐	☐	☐	☐
4b	elektronische Dokumentations- und Kommunikationsmöglichkeiten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen	☐	☐	☐	☐
4c	diabetesspezifische Fort- und Weiterbildungsangebote	☐	☐	☐	☐
4d	Hilfestellungen , wie Helpdesks, Hotlines etc., bei Problemen/ Fragen (z. B. bei diabetesspezifischen speziellen Fragestellungen, zu technischen Tools)	☐	☐	☐	☐
4e	Welche Angebote würden Sie sich für die Versorgungsregion als Ärztin bzw. Arzt wünschen?	Freitextfeld			

5 Kooperation

Die Informationsweitergabe zwischen den folgenden Stakeholderinnen und Stakeholdern / Organisationen funktioniert aus Sicht der Teilnehmer:innen problemlos: (Bitte jeweils eine Antwort ankreuzen!)		Gruppe stimmt voll und ganz zu.	Gruppe stimmt eher zu.	Gruppe stimmt eher nicht zu.	Gruppe stimmt nicht zu.	funktioniert nur in einigen Teilen der VR problemlos	keine Beurteilung möglich
5a	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5b	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten <i>und</i> den Spitälern/Ambulanzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5c	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten <i>und</i> GDA, die diabetesspezifische Schulungen anbieten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5d	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten <i>und</i> sonstigen erforderlichen GDA.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5e	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten <i>und</i> den ambulanten Pflegediensten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5f	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten <i>und</i> den Reha-Einrichtungen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5g	Bitte geben Sie mögliche Gründe an, falls die Informationsweitergabe NICHT funktioniert.	Freitextfeld					

6 Gesamtbeurteilung

Zusammengefasst: Wie ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Basis der präsentierten Daten und der heutigen Diskussion? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)					
6a	in der gesamten VR sehr gut	gut; aber Verbesserungspotenzial in der gesamten VR	mangelhaft; hohes Verbesserungspotenzial in der gesamten VR	schlecht; umfangreiche Verbesserungen in der gesamten VR notwendig	in Teilen der VR sehr gut / gut; Verbesserungspotenzial punktuell gegeben
	☐	☐	☐	☐	☐

Auf Basis der gefundenen Optimierungsmöglichkeiten wurden in der Diskussion folgende Lösungsvorschläge gemeinsam festgehalten:

Lösungs-/Optimierungsvorschläge

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Fragebogenentwicklung:

Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Zielsteuerung-Gesundheit

unter Mitarbeit des wissenschaftlichen Beirats und der Projektgruppenmitglieder A-OQI

Anhang 3

Auflistung aller Ergebnisse der Freitextfelder des Fragebogens als Originalangaben

Tabelle 1: **Frage 1c:** Andere Angebote? Wenn ja, welche?

Rückmeldungen der Gruppen	
Erinnerung sollte in Koordination mit behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt erfolgen.	Erinnerung für „Therapie Aktiv“-Patientinnen und -Patienten über ÖGK für Augenärztin bzw. Augenarzt
Zettel! SMS, Mail: Problem Datenschutz	Die Patientinnen und Patienten sind nicht immer erreichbar. 1a: wenn die Patientinnen bzw. Patienten schon länger keinen Termin wahrgenommen haben 1b: Termin wird am besten sofort wieder vereinbart.
DMP-Patientinnen und -Patienten erhalten Termin bei jeder Kontrolle, telefonische Erinnerung bei Nichteinhaltung.	

Darstellung: GÖG

Tabelle 2: **Frage 3z:** Weitere Angebote? Wenn ja, welche?

Rückmeldungen der Gruppen	
3u: nur im Krankenhaus (Nennung: 2 x)	Sturzprävention / Rollator-Training
Tageszentrum Diabetesversorgung	Gruppenangebote
3r–3v: PVA ja	wünschenswert: spezialisierte ambulante Einrichtungen für Diabetes (z. B. Ordinationen mit Schwerpunkt)
Sportangebote/Bewegung	

Darstellung: GÖG

Tabelle 3: **Frage 4e:** Welche Angebote würden Sie sich für die Versorgungsregion als Ärztin bzw. Arzt wünschen?

Rückmeldungen der Gruppen	
Konsilmöglichkeiten in Diabeteszentren, Möglichkeiten der Onlinefragestellung bei speziellen Problemen	Diabetesberater:in, die vor Ort Beratungen anbietet (via SV)
Teammanagement (Nennung: 3 x)	Diabetes-Café
Erinnerungsfunktion (Nennung: 3 x)	Peer Groups
Selbsthilfegruppen regional	am DMP teilnehmende Ärztinnen und Ärzte von Bewilligungshürde befreien!
Round Table für alle DMP-Ärztinnen und -Ärzte	für kontinuierliches Glucosemonitoring Hilfestellungen, Schulung der Kurven, strukturierte Befunde (ELGA?)
persönliche Ansprechpartner:innen in Spezialambulanzen – evtl. im Rahmen eines Telefonkonsils; erspart der Patientin bzw. dem Patienten lange Wege und entlastet die Ambulanzen	informelle Kontakte
Ernährungsberater:in	

Darstellung: GÖG

Tabelle 4: **Frage 5g:** Bitte geben Sie mögliche Gründe an, falls die Informationsweitergabe NICHT funktioniert.

Rückmeldungen der Gruppen	
5c und 5d: zu wenige Anbieter und zu wenige persönliche Kontakte	5c und d: – fehlendes Angebot – teuer und selbst zu finanzieren
nicht im System vorgesehen (gemeint ist Kommunikation zwischen den einzelnen Partnern) – z. B. in der ELGA – Kommunikation Arzt – Arzt passt, ebenso mit KH – andere Dienstleister nicht eingebunden (Wundmanagement, Diät ...)	Datenschutz!
ELGA für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte fehlt.	gut: im KH Vöcklabruck und KH Gmunden
LGA zeigt keinen Willen zur Zusammenarbeit.	schwierig: große Häuser (Wels, Linz ...)
Fehlen eines einheitlichen elektronischen Kommunikationssystems! Verpflichtend für alle	Problem: Terminvereinbarung / FA-Kontakt im Krankenhaus

Darstellung: GÖG