

Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Sabine Weißenhofer

Brigitte Piso

Unter Mitarbeit von:

Sonja Neubauer

Eva Kernstock

Projektassistenz:

Manuela Hauptmann

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Jänner 2019

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Weißenhofer, Sabine; Piso, Brigitte (2018): Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich. Gesundheit Österreich, Wien

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung

Nach Veröffentlichung einer Studie zur Qualitätssicherung in Arztpraxen durch das Institut für Höhere Studien (IHS) und einer darauf basierenden Resolution der Patientenanwaltschaft lud Frau Bundesministerin Mag. Beate Hartinger-Klein die betroffenen Stakeholder im Juli 2018 zu einem *Runden Tisch*. In Rahmen dieses Gespräches wurde das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) beauftragt, „die Ergebnisse mehrerer aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung zu vergleichen“.

Anhand des IHS-Berichts (Qualität in Arztpraxen), einer LSE-Studie (Efficiency Review of Austria's Health Insurance System) und eines rezenten Rechnungshofberichts (Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) sollte folgende Forschungsfrage beantwortet werden: Welche Empfehlungen zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich werden in den genannten Berichten abgegeben und wie sind diese Berichte im wissenschaftlichen Kontext zu bewerten?

Methode

Drei Berichte wurden durch die Teilnehmer/innen des *Runden Tisches* ausgewählt. Aufgrund des klar abgegrenzten Projektauftrags wurde keine ergänzende systematische Literatursuche nach anderen Publikationen durchgeführt. Die Heterogenität der Berichte erforderte zu Beginn der Arbeiten einen Vergleich von deren Charakteristika und Methoden. Mittels eines Analyse-Rasters wurden die Empfehlungen unter Berücksichtigung von Zusatzinformationen extrahiert, bevor eine Berichtsübergreifende Analyse und (soweit möglich) Synthese der Empfehlungen vorgenommen wurde. Schließlich wurde mittels selektiver Literatursuche in Google, Google Scholar und MEDLINE ergänzende Literatur recherchiert, um die Empfehlungen in einen wissenschaftlichen Kontext einzuordnen.

Ergebnisse

Die analysierten Berichte unterscheiden sich stark in ihrer Zielsetzung und Methode. Ausgesprochene Empfehlungen ließen sich fünf Clustern zuordnen: **Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen** (14 Empfehlungen), **Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung** (7 Empfehlungen), **Transparenz der Qualitätsarbeit** (9 Empfehlungen) und jeweils 4 Empfehlungen zu **Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit** sowie **verbindlichen Standards**.

Diskussion und Schlussfolgerung

Die drei analysierten Berichte unterscheiden sich zwar substantiell in ihrer Zielsetzung und der methodischen Herangehensweise, die darin ausgesprochenen Empfehlungen adressieren aber

häufig gleiche oder ähnliche Aspekte. Die fünf thematischen Cluster können daher als jene Bereiche betrachtet werden, welche zukünftigen Gesprächen mit den entsprechenden Stakeholdern als Diskussionsgrundlage für abzuleitende Maßnahmen und deren konkrete Umsetzung dienen können.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung, Qualitätsmessung, niedergelassener Bereich, Ärztinnen/Ärzte

Summary

Background/Subject/Research Question

Following the publication of a study on quality assurance in medical practices from the Institute of Advanced Studies (IAS) and a consecutive resolution of the patient advocacy, Federal Minister Beate Hartinger-Klein invited involved stakeholders to participate in a round table discussion in July 2018. In the course of this meeting the Austrian National Institute for Quality in Healthcare (BIQG) was commissioned “to compare results of several recent studies on quality measurement and quality assurance”. Based on the IAS report *Quality in Medical Practices*, the *Efficiency Review of Austria's Health Insurance System* from the London School of Economics (LSE) and a report on *Quality Assurance in Medical Practices* from the Austrian Court of Audit (RH) the following research was answered: Which recommendations on quality measurement and quality assurance concerning the outpatient medical sector (medical practices not outpatient departments of hospitals) were made in the above-mentioned reports and how are these to be considered in the scientific context?

Methods

Three reports were selected by the participants of the round table discussion. Due to the well-defined project order, no additional systematic literature search was conducted. Due to their heterogeneity the characteristics and methods of the included reports were compared. A framework for analysis was developed and used to extract the recommendations as well as context-related information from the three reports. Based on this, the recommendations were analysed and (if possible) synthesised. A selective literature research in Google, Google Scholar and MEDLINE was conducted to provide scientific context for the recommendations.

Results/Findings

The analysed reports vary greatly in their scope and methodology. Recommendations were attributable to five clusters: **quality assurance/quality management in medical practices** (14 recommendations), **coding system for outpatient diagnosis and development of indicators** (7 recommendations), **transparency** (9 recommendations), **advancements in quality efforts** and **compulsory standards** (4 recommendations each).

Discussion

Although the three analysed reports show substantial differences in their scope and methodological approach, the recommendations they contain address quite similar aspects. The five thematic clusters can therefore be regarded as basis for subsequent discussions among the relevant stakeholders on the measures to be derived and their concrete implementation.

Keywords

Quality assurance, quality measurement, medical practices, physicians

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Hintergrund/Einleitung	1
1.1 Auftrag und Forschungsfrage.....	1
1.2 Perspektive	2
1.3 Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich.....	4
2 Methode	6
2.1 Literatursuche und -auswahl.....	6
2.2 Analyse, Datenextraktion und Darstellungsform	7
3 Ergebnisse.....	9
3.1 Charakteristika der Berichte	9
3.2 Analyse der Empfehlungen.....	13
3.2.1 Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	13
3.2.2 Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung	17
3.2.3 Transparenz der Qualitätsarbeit	20
3.2.4 Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit	23
3.2.5 Verbindliche Standards.....	25
4 Zusammenfassung und Diskussion	29
5 Quellen.....	34
Anhang	39

Tabellen

Tabelle 2.1: Suchbegriffe der exploratorischen Suche.....	6
Tabelle 3.1: Charakteristika der analysierten Berichte.....	10
Tabelle 3.2: Empfehlungen zu Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	14
Tabelle 3.3: Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung.....	19
Tabelle 3.4: Transparenz der Qualitätsarbeit.....	21
Tabelle 3.5: Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit.....	24
Tabelle 3.6: Verbindliche Standards	26

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
EPA	Europäisches Praxisassessment
FG VP	Fachgruppe Versorgungsprozesse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
IHS	Institut für Höhere Studien
IV	integrierte Versorgung
LSE	The London School of Economics and Political Science
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
RH	Rechnungshof
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QS-VO	Qualitätssicherungsverordnung

1 Hintergrund/Einleitung

1.1 Auftrag und Forschungsfrage

Nach Veröffentlichung einer Studie zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich durch das Institut für Höhere Studien (IHS) (Czypionka et al. 2018) und einer darauf basierenden Resolution der Patientenanwaltschaft lud Frau Bundesministerin Mag. Hartinger-Klein Vertreter/innen der Ärztekammer, der Patientenanwaltschaft, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) sowie der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed) im Juli 2018 zu einem *Runden Tisch* ins Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). In Rahmen dieses Gespräches wurde das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) beauftragt, „*die Ergebnisse mehrerer aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung zu vergleichen*“¹. Konkret schlug die Bundesministerin vor, die Empfehlungen dreier rezenter Berichte gegenüberzustellen:

- » **Qualität in Arztpraxen** (Czypionka et al. 2018) – IHS
- » **Efficiency Review of Austria’s Health Insurance System** (Mossialos et al. 2017) – LSE
- » **Bericht des Rechnungshofes. Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** (Rechnungshof 2018) – RH

Es wurde in Aussicht gestellt, auf Basis dieser Gegenüberstellung in weiterer Folge erneut einen *Runden Tisch* mit den Akteuren zu veranstalten, „*um gemeinsam konkrete Handlungsempfehlungen zur Gewährleistung und Optimierung der Qualitätssicherung zu erarbeiten*“.¹

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die systematische Gegenüberstellung und Analyse der Empfehlungen aus den drei oben genannten Berichten. Das Ergebnis soll den beteiligten gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern als Diskussionsgrundlage dienen, um Handlungsbedarf ableiten und entsprechende weitere Schritte einleiten zu können. Der vorliegende Bericht selbst gibt keine Empfehlungen ab, um diesen gesundheitspolitischen Entscheidungsprozess nicht zu beeinflussen.

Die primäre Forschungsfrage lautet daher:

- » Welche Empfehlungen zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich wurden in den oben genannten Berichten abgegeben und
- » wie sind diese Berichte im wissenschaftlichen Kontext zu bewerten?

¹

OTS0072 18. 7. 2018. Qualitätssicherung in den Arztpraxen: Einigung zwischen Patientenanwaltschaft und Ärztekammer, verfügbar unter https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180718_OTS0072/qualitaetsicherung-in-den-arztpraxen-einigung-zwischen-patientenanwaltschaft-und-aerztekammer

Zur Operationalisierung dieser Forschungsfrage dienen folgende Leitfragen:

- » Welche Empfehlungen können identifiziert werden?
- » Was war der Grund für das Formulieren der Empfehlung?
- » Was ist die Zielsetzung der jeweils empfohlenen Maßnahme (Cluster)?
- » Welche Inhalte hat die Empfehlung, mit welcher Methode soll die Empfehlung umgesetzt werden bzw. (sofern keine Methode genannt ist) welche Schritte sind zur Umsetzung notwendig?
- » Welche Daten-/Informationsbasis wird dafür benötigt?
- » Wer ist der Adressat der Empfehlung?
- » Wer soll die Maßnahme durchführen bzw. daran mitwirken (sofern abweichend vom Adressaten)?
- » Wie sollen die Ergebnisse dargestellt/veröffentlicht werden?
- » Welche Schritte sollen nach der Darstellung der Ergebnisse erfolgen?

1.2 Perspektive

Da es keine allgemeingültige Definition von Qualität und qualitätsbezogenen Begriffen gibt, orientiert sich die vorliegende Arbeit an Definitionen und Begriffen des Gesundheitsqualitätsgesetzes sowie an anderen in Österreich akkordierten Vorgaben (Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme (B-ZK 2014), Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (BMGF 2017a)).

Definitionen

Laut Gesundheitsqualitätsgesetz bezeichnet **Qualität** den „Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.“ (§ 2 Z 2 GQG)

Qualitätsmanagement bezieht sich jeweils auf Organisationen/Einrichtungen/Institutionen. Darunter versteht man „abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. „Leiten und Lenken“ bezüglich Qualität meint üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung“ (B-ZK 2014, 2). Qualitätsmanagement beinhaltet damit auch Aspekte der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung.

„Die **Qualitätssicherung** wird als Teil des Qualitätsmanagements definiert, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, die jeweiligen Qualitätsanforderungen zu erfüllen“ (AWMF 2007; zitiert nach B-ZK 2014, 2). „Die Qualitätssicherung umfasst als Bestandteil des Qualitätsmanagements alle organisatorischen und technischen Maßnahmen, die vorbereitend, begleitend und prüfend der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen.“ (Alisch 2004; zitiert nach B-ZK 2014, 2)

Aus diesen Definitionen wird klar, dass Qualitätssicherung Teil des Qualitätsmanagements ist, aber auch ohne Einbettung in ein umfassendes Qualitätsmanagement stattfinden kann.

Qualitätsmessung (messen: durch Anlegen, Zugrunde legen eines Maßes ermitteln, etwas beurteilen (Duden Wörterbuch 2018)) bedarf einer Operationalisierung und kann z. B. mittels Indikatoren erfolgen. Qualitätsmessung bildet gemeinsam mit anderen Herangehensweisen und Instrumenten (Kontrolle, Evaluierung, Qualitätsstandards, Qualitätsberichte) die Grundlage für Qualitätsarbeit.

Begriffsverwendung in den analysierten Berichten

In den drei in der gegenständlichen Arbeit analysierten Dokumenten werden die Qualitätsbegriffe wie folgt definiert:

- » Czypionka et al. (2018) definieren Qualität, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ähnlich wie oben.
- » Der Rechnungshof definiert die Begriffe nicht näher, sieht aber ebenfalls die österreichischen Gesetze und Dokumente als Grundlagen für die Qualitätsarbeit in Österreich.
- » Mossialos et al. (2017) verwenden für den Begriff Qualität die Definition des Institute of Medicine (IOM) (US): "... the degree to which healthcare services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge" (Lohr 1990). Als operationalisierende Dimensionen dienen Mossialos et al. (2017) Effectiveness, Efficiency, Equity, Patient-Centeredness, Safety und Timeliness. Folglich sehen die Autoren Qualitätsmessung / Performance Measurement mit entsprechender Berichterstattung (inkl. Anreizsysteme wie „Pay for Performance“) als zentrales Instrument, um Qualität sichtbar zu machen, an der Verbesserung zu arbeiten und eine Qualitätssteigerung zu erreichen (Mossialos et al. 2017).

Diese Definitionen widersprechen den im gegenständlichen Bericht gewählten Definitionen nicht, sondern fügen sich gut in das Begriffskonstrukt ein.

Allerdings werden die Begriffe in den drei analysierten Berichten nicht durchgängig trennscharf verwendet.

Verwendung der Begriffe im vorliegenden Dokument

Sofern eine eindeutige Zuordnung nicht nötig oder hilfreich ist, verwenden wir im vorliegenden Bericht „Qualitätsarbeit“ als Überbegriff. Werden hier die einzelnen Qualitätsbegriffe verwendet, dann anhand der für diesen Bericht gewählten Definitionen.

1.3 Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich

Die analysierten Berichte verwenden die Begriffe „niedergelassener Bereich“ und „ambulanter Bereich“. Der Begriff „ambulanter Bereich“ ist breiter gefasst und beinhaltet neben den niedergelassenen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung in eigener Praxis (insbesondere im Sinne des Sozialversicherungsrechts, z. B. Ärztinnen/Ärzte, Physiotherapeutinnen/-therapeuten) auch selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen (VUG 2017 2017). Für den vorliegenden Bericht wurden diese Begriffe aus den ausgewerteten Berichten übernommen, wobei für die Beantwortung der Forschungsfrage jeweils nur der im ambulanten Bereich enthaltene niedergelassene ärztliche Bereich im Fokus steht.

Die Qualitätsstrategie stellt auf Bundesebene einen Rahmen für alle qualitätsbezogenen Aktivitäten dar. Sie nennt für diese Aktivitäten Instrumente wie Qualitätsmessung, Qualitätsstandards, Strategien, Evidenzbasierung und Transparenz durch Qualitätsberichterstattung und Informationstools. Qualitätsstandards stellen bundeseinheitliche Mindeststandards dar, die auch für das Handeln von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten Rahmenbedingungen vorgeben (BMGF 2017b) und so die Qualität verbessern sollen.

Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich wird neben den Vorgaben des Bundes im Zusammenhang mit der Qualitätsstrategie (z. B: Qualitätsstandards, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme) durch das Berufsgesetz geprägt. Ein zentraler Aspekt in den analysierten Berichten ist die Qualitätssicherung in ärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen, die von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) umgesetzt wird. Daher wird die ÖQMed im Folgenden kurz dargestellt.

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed)

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen „haben regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH nach Maßgabe der technischen Ausstattung im Wege der elektronischen Datenfernübertragung zu übermitteln“ (ÄrzteG 1998).

Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) ist gemäß Ärztegesetz im übertragenen Wirkungsbereich für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung, ausgenommen im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit zuständig durch:

- » Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, insbesondere zur Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im niedergelassenen Bereich gemäß § 7 Gesundheits-Zielsteuergesetz (G-ZG), BGBl. I Nr. 81/2013,
- » Qualitätsevaluierung mit Ausnahme der Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a,
- » Qualitätskontrolle sowie
- » Führung eines Qualitätsregisters. (ÄrzteG 1998)

Die ÖÄK kann sich bei der Aufgabenerfüllung hilfsweise der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH bedienen. Die ÖQMed unterliegt im Rahmen der hilfsweisen Aufgabenerfüllung den Weisungen der Österreichischen Ärztekammer und hat die Aufgaben, die in der Qualitätssicherungsverordnung enthalten sind, im Auftrag der ÖÄK zu erfüllen. Die Qualitätssicherungsverordnung wird von der Österreichischen Ärztekammer erlassen und regelt die Rahmenbedingungen, Evaluierungskriterien, Verfahrensschritte inkl. Umgang mit Mängeln sowie die Dokumentation (Register) des Qualitätssicherungsverfahrens der ärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen (QS-VO 2012; QS-VO 2018), wobei der Fokus laut Ärztegesetz auf Struktur- und Prozessqualität liegt (ÄrzteG 1998, § 118e (2)).

Der ÖQMed sind in ihrer Tätigkeit ein wissenschaftlicher Beirat und ein Evaluierungsbeirat zur Seite gestellt.

Die ÖQMed erfüllt neben der für ärztliche Ordinationen und Gruppenpraxen verpflichtenden Qualitätssicherung² (ÖQMed 2018b) auch noch weitere Aufgaben. Selbständige Ambulatorien (nicht bettenführende Krankenanstalten) können statt der sanitären Einschau durch die Amtsärzte ein geregelteres Auditverfahren durch die ÖQMed wählen (vorab wird ein Fragebogen übermittelt, Ambulatorien sind an der Auswahl der Auditorinnen/Auditoren beteiligt) (ÖQMed 2018a). Als drittes Leistungssegment bietet die ÖQMed ein eigenes Qualitätsmanagementsystem unter dem Titel ÖQM® an. Dieses Qualitätsmanagementsystem versteht sich als *ganzheitliches Führungskonzept*, bestehend aus acht Modulen. Nach einem erfolgreichen Audit erfolgt die (kostenpflichtige) Zertifizierung durch die ÖQMed³ (ÖQMed 2018c).

Die drei inkludierten Berichte beziehen sich in ihren Analysen und Empfehlungen jeweils auf den gesetzlichen Auftrag der verpflichtenden Qualitätssicherung durch Evaluierung und Kontrolle, die bis dato insbesondere struktur- und einige prozessrelevante Dimensionen beinhaltet.

2

Qualitätssicherung durch die Prüfung fachspezifischer Qualitätskriterien und deren Kontrolle, Ausstellung etwaiger Mängelbehebungsaufträge bzw. Zertifikate für jene Ordinationen, die den Kriterien entsprechen (ÖQMed 2018b)

3

Mit Stand 12. 11. 2018 sind 14 Ordinationen zertifiziert (<https://www.oeqmed.at/en/oeqm>)

2 Methode

2.1 Literatursuche und –auswahl

Die vorliegende Arbeit vergleicht drei kürzlich erschienene Berichte, die sich mit Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich beschäftigen:

- » **Qualität in Arztpraxen** (Czypionka et al. 2018)
- » **Efficiency Review of Austria's Health Insurance System** (Mossialos et al. 2017)
- » **Bericht des Rechnungshofes. Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** (Rechnungshof 2018)

Aufgrund des klar abgegrenzten Projektauftrags wurde keine ergänzende systematische Literatursuche nach Empfehlungen durchgeführt. Ergänzende Literatur zur Kontextualisierung der vorliegenden Analyse wurde mittels einer Handsuche in der hauseigenen Literaturdatenbank der GÖG (vorwiegend für Gesetze und Standards) sowie einer exploratorischen Suche mit folgenden Suchbegriffen und Kombinationen in Google, Google Scholar und MEDLINE durchgeführt.

Tabelle 2.1:
Suchbegriffe der exploratorischen Suche

Suchbegriffe	jeweils verknüpft mit
quality management quality improvement quality improvement strategies quality management system	primary health care primary care sector doctors practice medical practice
integrated care	impact outcome quality
quality standard, care standard	impact outcome quality

Quelle: GÖG

Die Literatursuche wurde zwischen 31. Oktober 2018 und 15. November 2018 durchgeführt. Das Ziel war, möglichst rezente Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen zu identifizieren. Die Suche wurde um Literaturhinweise von Expertinnen/Experten sowie aus den Referenzen der drei analysierten Berichte ergänzt.

2.2 Analyse, Datenextraktion und Darstellungsform

Analyse der Charakteristika, Methoden und Qualität der Berichte

Die Heterogenität der Berichte erforderte zu Beginn der Arbeiten einen Vergleich ihrer Zielsetzungen und der – in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Zielsetzungen – gewählten Methoden sowie weiterer Charakteristika (z. B. Auftrag, Zeitraum der Datenerhebung, Methode).

Für die Aufbereitung dieser Informationen wurde ein Analyse-Raster entwickelt. Konnten Informationen nicht aus dem Dokument selbst extrahiert werden, wurden die offen gebliebenen Fragen im Anschluss an die Autoren der Berichte übermittelt (Email an Dr. Thomas Czypionka am 11. Oktober 2018, Prof. Elias Mossialos und Prof. Werner Hoffmann am 16. Oktober 2018; Fragestellungen siehe Anhang 1). Da es sich nicht bei allen Arbeiten um wissenschaftliche Ergebnisberichte im engeren Sinne handelt, wurde von einer systematischen Qualitätsbeurteilung der Arbeiten Abstand genommen.

Ein-/Ausschlusskriterien der Empfehlungen

Nur jene Empfehlungen, die der Forschungsfrage entsprechen und explizit als Empfehlung ausgewiesen sind, wurden in die Analyse aufgenommen. Ausgeschlossene Empfehlungen inkl. Begründung sind im Anhang 2 dargestellt. Aufgrund seines breiteren Themas und seiner breiten Zielsetzung wurden dem Bericht der London School of Economics nur Empfehlungen aus dem Kapitel *Healthcare Quality* entnommen. Empfehlungen aus anderen Kapiteln wurden nicht berücksichtigt, da sie eine andere Zielsetzung verfolgen.

Extraktion der Empfehlungen

Für die Extraktion der Empfehlungen aus den drei Berichten wurden vorab Datenextraktionstabellen entworfen. Maßgebend für die Struktur der Extraktionstabellen waren die in Kapitel 1.1 dargestellten Leitfragen zur Operationalisierung der Forschungsfragen.

Das Extrahieren der Empfehlungen sowie das Befüllen des Analyse-Rasters wurden von einer Person durchgeführt und von einer zweiten Person hinsichtlich Vollständigkeit und Korrektheit der Zuordnung überprüft. Die Extraktionstabelle ist im Anhang 3 dargestellt. Unterschiedliche Einschätzungen wurden diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde.

Berichte-übergreifende Analyse der Empfehlungen

Aufgrund des unterschiedlichen Aggregationsniveaus wurden die Empfehlungen im ersten Schritt hinsichtlich ihres inhaltlichen Ziels geclustert und im Anschluss – sofern zusätzlich möglich – eine Zusammenfassung (Synthese) ähnlicher Empfehlungen durchgeführt. Zum Teil wurde nicht nur Berichte-übergreifend, sondern auch innerhalb eines Berichts synthetisiert, um die Aggregationsniveaus der Empfehlungen einander anzunähern und den thematischen Überblick zu verbessern.

Empfehlungen, die aufgrund ihres hohen Aggregationsniveaus mehrere Zielsetzungen abdecken, wurden dupliziert und allen relevanten Clustern zugeordnet. In der Darstellung der Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte der mehrfach zugeordneten Empfehlungen wurden jeweils nur die für den Zuordnungsbereich relevanten Aspekte der Empfehlung dargestellt. Englischsprachige Empfehlungen wurden durch eine Autorin übersetzt, der Originaltext kann Anhang 3 entnommen werden.

Darstellung der Ergebnisse

Der Ergebnisteil des vorliegenden Berichts (Kapitel 3) besteht aus der Darstellung der Studien-/Berichtscharakteristika und anschließenden fünf Unterkapiteln (Cluster), denen die Empfehlungen zugeordnet und – wo möglich – synthetisiert beleuchtet werden:

- » Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen
- » Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung
- » Transparenz der Qualitätsarbeit
- » Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit
- » Verbindliche Standards

Die Tabellen beinhalten jeweils einen Überblick über die zugeordneten Empfehlungen im Original (sofern möglich, sind sie wörtlich aus den Berichten übernommen) sowie in synthetisierter Form, sofern eine Synthese möglich war.

Hinweis: Die Nomenklatur von Gremien wurde an aktuelle Nomenklaturen angepasst, sofern sich die Zuständigkeit nicht geändert hat (insb. Fachgruppe Qualität – Fachgruppe Versorgungsprozesse).

Qualitätssicherung

Der vorliegende vorläufige Bericht wurde einem internen Review unterzogen. Von einer externen Begutachtung oder einem öffentlichen Stellungnahmeverfahren wird aufgrund des engen Zeitrahmens Abstand genommen. Der Endbericht soll primär Frau Bundesministerin Mag. Hartinger-Klein in ihrer weiteren Entscheidungsfindung dienen. Die Entscheidung über die Veröffentlichung des Endberichts auf der Website der Gesundheit Österreich GmbH obliegt daher ihr.

3 Ergebnisse

3.1 Charakteristika der Berichte

Die drei analysierten Berichte unterscheiden sich in vielen Aspekten, die nachfolgend kurz zusammengefasst sind (vgl. Tabelle 3.1). Gemeinsam haben sie, dass sie die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich in Österreich analysieren und – basierend auf dieser Analyse – Empfehlungen für Adaptierungen abgeben.

Zwei der drei Berichte sind Auftragsarbeiten (LSE und IHS). Der Rechnungshof erstellt sein Prüfprogramm auf eigene Initiative (anhand von veröffentlichten Kriterien).

Methodik–Angaben

Der Bericht des Rechnungshofs ist keine Studie im herkömmlichen Sinn, sondern berichtet über das Ergebnis der Gebarungüberprüfung. Die Methode der Rechnungshofberichte kann online unter www.rechnungshof.at eingesehen werden, ist aber im Bericht selbst nicht umfassend dargestellt. Der Bericht beschränkt sich hinsichtlich der Methodik–Angaben auf Aspekte wie den Zeitraum der Datenerhebung.

Auch die beiden anderen Berichte geben vergleichsweise wenig Einblick in die gewählte Methode. Auf Nachfrage wurden jedoch von den Autorinnen/Autoren zusätzliche erläuternde Informationen bereitgestellt. Zu beachten ist, dass die Zeiträume für die Datensammlung der Berichte zum Teil weit in der Vergangenheit liegen. Die Berichte geben teilweise Empfehlungen hinsichtlich der Qualitätssicherungsverordnung 2012, die aktuell gültige Verordnung stammt aus dem Jahr 2018.

Gruppierung der Empfehlungen

Die Art der Empfehlungen unterscheidet sich insbesondere deshalb, weil die Berichte sich (neben den naturgemäß unterschiedlichen Fragestellungen) an unterschiedliche Adressaten wenden. Der Bericht des Rechnungshofs richtet sich an die Träger der Qualitätsarbeit in Österreich, während sich die beiden anderen Berichte an Entscheidungsträger im Gesundheitswesen insgesamt richten. Demnach sind auch die Empfehlungen des Rechnungshofs nach den unterschiedlichen Trägern gruppiert, während die Autorinnen/Autoren der anderen Berichte eine thematische Gliederung wählten.

Tabelle 3.1:
Charakteristika der analysierten Berichte

Titel	Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System (Mossialos et al. 2017)	Qualität in Arztpraxen. Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich (Czypionka et al. 2018)	Bericht des Rechnungshofes. Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Rechnungshof 2018a)
Auftrag	Im Jahr 2016 durch Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	Jährliches Prüfprogramm auf eigene Initiative des Rechnungshofs ⁴
Beauftragte Institution	London School of Economics and Political Science (LSE Health), LSE Consulting	Institut für Höhere Studien (IHS)	Rechnungshof
Adressaten	Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitssystem sowie Ärztekammer	Entscheidungsträger im österreichischen Gesundheitssystem sowie Ärztekammer	Ausgewählte Träger der Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (BMASGK, ÖÄK/ÖQMed im übertragenen Wirkungsbereich des BMASGK)
Zielsetzung/ Outcomeperspektive	„Zur Verbesserung der Effizienz und der für die Menschen zur Verfügung stehenden Leistungen sollen in dieser Studie grundlegende Fragestellungen der Sozialversicherung und der damit verwandten Themenbereiche analysiert werden.“	Österreichische Positionierung der ärztlichen Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich vor dem Hintergrund europaweiter Systeme und einzelner Ländervergleiche	„Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Organisation, ausgewählte Inhalte und die Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich zu beurteilen.“
Fragestellung	Vergleich des österreichischen Systems mit internationalen Erfahrungen und Verwendung dieser Information, um eine Reihe von Politikoptionen (Empfehlungen) aufzuzeigen, um die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems zu verbessern.	„Der vorliegende Projektbericht widmet sich daher der Frage, welche Maßnahmen von öffentlicher Hand durchgeführt werden bzw. vorgeschrieben sind, um die ärztliche Qualität im niedergelassenen Bereich sicherzustellen.“	Gebarungsüberprüfung, um die Organisation, ausgewählte Inhalte und Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich zu beurteilen
Art der Arbeit	Bericht basierend auf Experteninputs aus vergleichbaren Ländern, Interviews und Diskussionsrunden ⁵ sowie auf Informationen aus den Berichtsteilen 2–4 (bestehend aus Rechtsgutachten, Stellungnahmen sowie einer primär literaturbasierten Situationsanalyse.	Bericht zu einer Studie basierend auf Literaturrecherche	Bericht im Rahmen einer Gebahrungsüberprüfung
Veröffentlicht	August 2017	April 2018	Juli 2018

4

Basierend auf Strategien und mittelfristiger Planung erstellt der Rechnungshof ein jährliches Prüfprogramm auf eigene Initiative. Die Schwerpunkte werden jährlich nach bestimmten Kriterien ausgewählt und sind auf www.rechnungshof.at einzusehen. Zusätzlich können Sonderprüfungen verlangt oder kann um solche ersucht werden. (Rechnungshof Österreich 2018a)

5

Auskunft von LSE Health (Jane Cheatley und Elias Mossialos) am 12. November 2018

Titel	Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System (Mossialos et al. 2017)	Qualität in Arztpraxen. Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich (Czypionka et al. 2018)	Bericht des Rechnungshofes. Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Rechnungshof 2018a)
Autoren	Elias Mossialos Jane Cheatley Dominique Polton Walter J. Pfeil Walter Pöltner Werner Hoffmann Stefan Dür Thomas Czypionka Inna Thalmann Patrick Jeurissen Rudolf Müller Rudolf Mosler Julia Raupp	Thomas Czypionka Sophie Fößleitner Eva Six	Der Rechnungshof (Autorinnen/Autoren werden in Rechnungshofberichten nicht genannt.)
Zeitraum der Datenerhebung/ Bearbeitung	Keine Angabe zum Zeitraum der Datenerhebung, Bearbeitung zwischen 2016 und 2018	2006, 2014 und aktuelle Beiträge vor Berichtsveröffentlichung ⁶	Bearbeitungszeitraum: Dezember 2016 bis April 2017, vereinzelt auch der Zeitraum seit 2005 (Gesundheitsreform 2005); Prüfzeitraum: 2013 bis 2016
Methode	<p>Teil 1 – Basierend auf den Berichtsteilen 2 „Rechtliche Fragestellungen“, 3 „Stellungnahmen der Stakeholder“ (LSE Health 2017) und 4 „Situationsanalyse“ (Hoffmann et al. 2017) und einer weiteren Analyse von Berichten österreichischer Organisationen und Experten sowie internationaler Expertise und Erfahrungen (aus Ländern mit Sozialversicherungssystem und vergleichbarer Wirtschaftskraft) wurde eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung im System erarbeitet.</p> <p>Teil 2 – Rechtliche Fragestellungen: Separate Rechtsgutachten zu einzelnen Fragestellungen</p> <p>Teil 3 – Stellungnahmen der Stakeholder: Originale Stellungnahmen unterschiedlicher Stakeholder</p> <p>Teil 4 – Situationsanalyse: Analyse von Berichten österreichischer und europäischer Institutionen (z. B. Health Systems in Transition, Institut für höhere Studien), Datenanalyse (z. B. vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), Berichte von GÖG und Ministerien, Graue Literatur (überwiegend vom HVB). Ergänzend wurden Interviews durchgeführt und die Ergebnisse von Gruppendiskussionen, die für Teil 1 durchgeführt wurden, verwendet⁷, – immer dann, wenn</p>	Literaturrecherche mittels Schlagworten (erfolgte zum Teil bereits 2006 und 2014 und wurde gezielt um aktuelle Beiträge ergänzt). Vergleich mit einigen europäischen Ländern und Neuseeland (Länder mit vergleichbaren Gesundheitssystemen oder mit innovativen Lösungen). ⁸	Der Rechnungshof prüfte ausgewählte Träger der Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte: <ul style="list-style-type: none"> » Bundesministerium für Gesundheit und Frauen » Österreichische Ärztekammer, mit der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed), im übertragenen Wirkungsbereich für das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen tätig Der Prüfungsablauf und die konkret herangezogenen Quellen sind im Dokument nicht umfassend erläutert. Das Schema für einen Standard-Prüfungsablauf kann auf der Website des Rechnungshofes eingesehen werden (Rechnungshof Österreich 2018b).

6

Auskunft von IHS (Thomas Czypionka) am 8. November 2018

7

Auskunft von Contrast EY (Stefan Dür) am 30. Oktober 2018

8

Auskunft von IHS (Thomas Czypionka) am 8. November 2018

Titel	Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System (Mossialos et al. 2017)	Qualität in Arztpraxen. Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich (Czypionka et al. 2018)	Bericht des Rechnungshofes. Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Rechnungshof 2018a)
	die Recherche anhand von Literatur und Sekundärdaten nicht ausreichend war.		
Herangehensweise beim Entwickeln der Empfehlungen	Empfehlungen wurden basierend auf Evidenz aus Diskussionsrunden, internationalen Erfahrungen und den Ergebnissen der Berichtsteile 2–4. Teammitglieder von LSE Health und der internationalen Beratungsgruppe diskutierten jede Empfehlung basierend auf der Prämisse, dass die Empfehlungen pragmatisch sein müssen (z. B. hinsichtlich minimalem Aufwand für Gesetzesänderungen). ⁹	Basierend auf identifizierten Themenblöcken ("Problemfelder") wurden Empfehlungen abgeleitet – vom institutionellen Rahmen über die Gesetzgebung zur konkreten Aktivität – CME als Zusatzthema war enthalten, da es Teil des Auftrags war. Qualitätssicherung durch Länderexperten/-expertinnen und Review durch Auftraggeber. ¹⁰	Keine Angabe
Betroffene Sektoren (nur niedergelassener Bereich oder gesamte Qualitätsarbeit)	Niedergelassener ärztlicher Bereich, andere Bereiche nur, soweit ein direkter Bezug bestand	Ausschließlich niedergelassener ärztlicher Bereich	Niedergelassener ärztlicher Bereich, Exkurs an einigen Stellen
Umfang des Dokuments	Volume 1: 671 Seiten Volume 2: 219 Seiten Volume 3: 152 Seiten Volume 4: 259 Seiten	97 Seiten	70 Seiten

Quelle: GÖG

⁹

Auskunft von LSE Health (Jane Cheatley und Elias Mossialos) am 12. November 2018

¹⁰

Auskunft von IHS (Thomas Czypionka) am 8. November 2018

3.2 Analyse der Empfehlungen

3.2.1 Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen

14 Einzelempfehlungen (9 RH, 3 IHS, 2 LSE) beziehen sich auf die Qualitätssicherung / das Qualitätsmanagement in Arztpraxen. Sie betreffen

- » rechtzeitiges Erlassen von Qualitätssicherungsverordnungen,
- » unabhängige Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den ärztlichen niedergelassenen Bereich,
- » Voraussetzungen für eine tagesaktuelle elektronische Ärzte- und Ordinationsliste,
- » Verbesserung des derzeitigen (Selbst- und Fremd-)Evaluierungsverfahrens für die Arztpraxen,
- » Vermeidung von Falschangaben,
- » Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen,
- » verpflichtendes Qualitätsmanagement in Arztpraxen.

Die einzelnen Empfehlungen, die Begründung für ihr Zustandekommen sowie relevante Inhalte und benötigte Methoden/Umsetzungsschritte sind in Tabelle 3.2 dargestellt.

Die Adressaten für die Empfehlungen zur Qualitätssicherung / zum Qualitätsmanagement im niedergelassenen Bereich – bzw. jene Stellen, die an der Umsetzung mitwirken müssten, – sind das BMASGK, die ÖÄK und die ÖQMed als jene Institutionen, die Verantwortung für die Umsetzung der Empfehlungen tragen. Als sichtbares Ergebnis der Umsetzung sollen neben der adaptierten institutionellen Verankerung der Qualitätssicherung angepasste rechtliche Grundlagen sowie adaptierte Evaluierungsfragebögen und Qualitätsberichte vorliegen.

Tabelle 3.2:
Empfehlungen zu Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Empfehlung ¹¹	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
Die künftigen Qualitätssicherungsverordnungen wären rechtzeitig vorzubereiten, um diese nahtlos bei Auslaufen der jeweiligen Vorgängerverordnung in Kraft setzen zu können.	RH 15	-	Bisher wurde die Evaluierung statt – wie vorgesehen – alle 5 Jahre nur alle 6 Jahre durchgeführt, da die Qualitätssicherungsverordnung nicht rechtzeitig neu erlassen und deren Gültigkeit auf 6 Jahre erstreckt wurde.	Rechtzeitige Aktualisierung	ÖÄK ÖQMed ¹²
ÖQMed beibehalten und ein zusätzliches unabhängiges Qualitätskomitee zum Beobachten (Monitoring) der Versorgungsqualität der niedergelassenen Vertrags- und Wahlärzte schaffen.	LSE 1	Qualitätssicherung für den ärztlichen niedergelassenen Bereich neu und unabhängig aufstellen	Der ÖQMed fehlt die Unabhängigkeit von der Ärztekammer – Ziel und Interessenkonflikte möglich. Hauptaufgabe der ÄK ist die wirtschaftliche Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte, diese Ständesinteressenvertretung ist derzeit nicht klar von der im öffentlichen Interesse wahrzunehmenden Qualitätssicherung getrennt, da die ÖQMed finanziell und organisatorisch mit der ÄK verknüpft ist. ÖQMed kann derzeit nur Empfehlungen aussprechen, die ÄK ist nicht verpflichtet, diese umzusetzen.	<ul style="list-style-type: none"> » Szenarien für organisatorische Unabhängigkeit der Qualitätssicherung entwickeln/abklären (z. B. Beibehalten der ÖQMed und Gründen einer weiteren unabhängigen Institution, Verlagern der ÖQMed in das zuständige Ministerium) » Neuordnung von Aufgaben und Zuständigkeiten » Finanzielle Unabhängigkeit ermöglichen, z. B. durch Einhebung eines Beitrags zur Kostendeckung » Gesetzesänderung (sowie Änderung der QS-VO) hinsichtlich der oben genannten Punkte 	BMSGK ÄK ÖQMed
ÖQMed in das BMSGK verlagern und dieser Organisation die Kontrolle über das Monitoring der Qualität der Vertrags- und Wahlärzte übertragen.	LSE 2				
Von europäischen Vorbildern lernen und allen voran die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich institutionell neu ordnen.	IHS 1				
Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung wären zu entwickeln.	RH 24				
Das IT-Projekt, das künftig eine tagesaktuelle elektronische Verfügbarkeit der zur Führung der Ärzteliste notwendigen Daten bundesweit sicherstellen sollte, wäre umzusetzen und damit eine durchgehende Aktualität des Qualitätsregisters zu gewährleisten.	RH 16	Eine tagesaktuelle elektronische Ärzte- und Ordinationsliste implementieren			ÖÄK ÖQMed

¹¹
Originaltexte bzw. übersetzte Originaltexte

¹²
Hier wird zur einfacheren Lesbarkeit immer die ÖQMed genannt. Es sei aber darauf hingewiesen, dass die Studie von Mossialos et al. (2017) von der „ÖQMed oder einer neuen/ergänzenden Stelle für die Qualitätsmessung im niedergelassenen Bereich“ sprechen und dementsprechend die Empfehlungen auch für eine geänderte institutionelle Ansiedelung der Aufgaben der ÖQMed gelten würden.

Empfehlung ¹¹	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
Im Rahmen des IT-Projekts wäre auf eine Erweiterung des Stammdatensatzes um eine Ordinationsnummer hinzuwirken.	RH 17		<ul style="list-style-type: none"> » Bisher uneinheitliche und nicht tagesaktuelle Verfügbarkeit von Daten; manuelle Übertragung von gemeldeten Daten stellt eine Fehlerquelle dar. » Identifikationsnummer für Ordinationen (ergänzend zur Ärztenummer) fehlt und kann zu praktischen Problemen in der Umsetzung der Qualitätssicherung führen. 	<ul style="list-style-type: none"> » Elektronische Datenübermittlung und -aktualisierung einführen. » Einführen eines Identifikators (Ordinationsnummer für Ordinationen im Stammdatensatz ergänzend zur Ärztenummer) 	
Im Interesse der Patientinnen und Patienten wäre künftig eine lückenlose Evaluierung sicherzustellen.	RH 19	Überarbeitung des derzeitigen Evaluierungsverfahrens inkl. Fragebogen zur Selbstevaluierung mit Einführen unabhängiger Fremd-Assessments und Sicherstellen einer lückenlosen Evaluierung	<ul style="list-style-type: none"> » Das Evaluierungsverfahren weist derzeit methodische Schwächen auf. » Der Fragebogen verleitet durch die Art der Fragestellung und der Gestaltung zur Bestätigung und zu Antwort mit „Ja“. » Fragen zur Hygieneverordnung nicht zweckmäßig (Abfrage fachspezifischer Vorgaben fehlt). » Ärztinnen/Ärzte, die sich weigern, an der Evaluierung teilzunehmen, können diese zumindest maßgeblich verzögern. Geldstrafen hierfür sind gering. 	<ul style="list-style-type: none"> » Anpassen der Methodik des derzeitigen Evaluierungsverfahrens an den aktuellen Standard hinsichtlich Formulierung der Qualitätsstandards, Art des Assessments, Patientenperspektive » Überarbeiten des Fragebogens und Aufnahme spezifischer Fragen zur Hygieneverordnung » Erhöhen der Geldstrafen bei Verweigerung/Verzögerung der Teilnahme an der Evaluierung 	ÖÄK ÖQMed
Die Antwortmöglichkeiten in den Fragebögen zur Selbstevaluierung wären neutraler zu gestalten.	RH 20				
Die Einhaltung der Hygieneverordnung wäre anhand konkreter Anforderungen an die Ordinationsstätten zu überprüfen; zu diesem Zweck wären ausgewählte und für die jeweilige Fachrichtung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte maßgebliche Vorgaben der Hygieneverordnung in die Fragebögen zur Selbstevaluierung aufzunehmen.	RH 21				
Revision des momentanen Evaluierungsverfahrens mit Einführung eines unabhängigen Fremd-Assessments und die Verbindung mit Qualitätsmanagement-Aktivitäten	IHS 2				
Europaweite Systeme wie etwa EPA zukünftig in Österreich gesetzlich anzuwenden	IHS 4	Verpflichtende Einführung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen	<p>Fundamentale Schwächen der derzeitigen Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich</p> <p>Aktueller Wissensstand nicht ausreichend berücksichtigt</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Gesetzesänderung Systeme zur Orientierung: » Europäisches Praxisassessment (EPA) » Deutsches System des verpflichtenden Qualitätsmanagements (Vorteil: vollständige Einführung mündet in Zertifizierungsreife, die Zertifizierung erfolgt nach externem Audit) » Französisches System der kontinuierlichen Weiterbildung » NHS-Zugang zu Transparenz und qualitativ hochwertiger Leistungserbringung » Unterstützungssysteme für die Ärztin / den Arzt 	k. A.

Empfehlung ¹¹	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
In künftigen Qualitätsberichten sind sowohl die Mängelquote nach Selbstbewertung durch die Ärztinnen und Ärzte als auch jene nach Validitätsprüfung durch die Qualitätssicherungsbeauftragten auszuweisen und einander gegenüberzustellen. Darüber hinaus wäre die Entwicklung der Abweichungen zu beobachten und es wären Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben, etwa in Form von Informations- und Beratungsangeboten, zu setzen.	RH 22	-	Abweichungen zwischen den Mängeln nach Selbstangabe (3 %) und den Mängeln nach Validitätsprüfung (18 %) war im vergangenen Zyklus hoch.	Informations- und Beratungsangebote einführen	ÖQMed
Möglichkeiten zur Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfung wären zu prüfen.	RH 25	-	<ul style="list-style-type: none"> » Deutliche Abweichung zwischen identifizierten Mängeln nach Selbstevaluierung (3 %) und Mängeln nach Validitätsprüfung (18 %) » Aus Sicht der einzelnen Ärztin / des einzelnen Arztes ist die Wahrscheinlichkeit, einer Validitätsprüfung unterzogen zu werden, gering. 	<ul style="list-style-type: none"> » Verbindliche Validitätsprüfung zum Zeitpunkt der Ordinationsgründung (Beratungsansatz) » Prüfungsbeitrag aller am Verfahren beteiligten zur Deckung der zusätzlichen Kosten 	BMASGK ÖÄK ÖQMed

Quelle: GÖG

Hinweise zur Aktualität der Empfehlungen bzw. zu zwischenzeitlich erfolgten Änderungen¹³:

- » Vorgaben zur Gestaltung des Qualitätsberichts 2023 werden derzeit vorbereitet (BMASGK in Abstimmung mit ÖQMed und Unterstützung der Vorsitzenden des wissenschaftlichen Beirats).
- » Fragenkatalog wurde überarbeitet und Antworten neutraler gestaltet.
- » Maßgebliche Vorgaben der Hygieneverordnung sind im aktuellen Fragenkatalog enthalten, darüber hinaus beantworten Ärztinnen/Ärzte individualisierte Fragen (hinsichtlich Leistungsspektrum, Fach, Räumlichkeiten).
- » Gegenüberstellung der Mängelquoten aus Selbstevaluierung und Validitätsprüfung wurde im Qualitätsbericht 2018 aufgenommen.
- » Beratungs- und Informationsangebote zur Vermeidung von Falschangaben bestehen derzeit in Online-Informationen auf der Website der ÖQMed, Publikationen in unterschiedlichen Medien, Fehlerberichts- und Lernsystem CIRSmedical, Informationsabenden und Informationsmöglichkeit bei Veranstaltungen, Beratungsangebot zu Detailfragen der Hygieneverordnung.
- » Die Darstellung der abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen ist für zukünftige Berichte in Planung.

3.2.2 Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung

Sieben Einzelempfehlungen (4 LSE, 2 RH, 1 IHS) beziehen sich auf die Diagnosedokumentation und die Indikatoren-Entwicklung. Diese betreffen

- » Aufbau und Einführung der ambulanten Diagnosedokumentation,
- » Entwickeln und Einführen von Ergebnisindikatoren sowie die Verknüpfung mit Prozessindikatoren,
- » Verknüpfen von Indikatoren über Sektorengrenzen hinweg zum Abbilden/Verfolgen von Patientenpfaden (Patientenkarrieren).

Die einzelnen Empfehlungen, Begründung für ihr Zustandekommen sowie relevante Inhalte und benötigte Methoden/Umsetzungsschritte sind in Tabelle 3.3 dargestellt.

Primäre Adressaten der Empfehlungen sind der Ständige Koordinierungsausschuss, die Fachgruppe Versorgungsprozesse und das BMASGK, wobei die Zielsteuerungspartner generell und die Ärzteschaft als Mitwirkende genannt werden. Als sichtbares Ergebnis der umgesetzten Empfehlungen soll die gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosedokumentation vorliegen, die dokumentierten Daten für Indikatoren sollen verwendet werden und Patientenpfade abgebildet sein. Zudem soll für Indikatoren, die Ergebnis- und Prozessaspekte verbinden, sichtbar werden, ob Veränderungen auf Änderungen in der Versorgung durch Leistungserbringer im Gesundheits-

13

Auskunft ÖQMed (Nicole Faxe-Krobath und Wolfgang Moritz) am 16. November 2018

wesen oder auf externe Faktoren außerhalb des Einflussbereichs der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Das Vorhandensein von Patientenpfaden soll die Grundlage einer gemeinsamen Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherung für das gesamte Versorgungsspektrum bilden.

Tabelle 3.3:
Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung

Empfehlung	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte, Methoden, Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende														
Entwickeln einer ambulanten Diagnosedokumentation um das Implementieren von Ergebnisindikatoren zu ermöglichen.	LSE 4	Ambulante Diagnosedokumentation einführen	Notwendigkeit, Struktur-, Prozessindikatoren und Ergebnisse (Outcomes) an Patientinnen/Patienten zu messen - insbesondere für die Messung der Outcomes werden Diagnosedokumentationen aus dem niedergelassenen Bereich benötigt. Bund, Länder und Sozialversicherung haben den Nutzen der ambulanten Diagnosedokumentation außer Streit gestellt und sich bereits auf ihre verbindliche Einführung geeinigt. Ein Pilotprojekt zeigte die Machbarkeit. Bis dato wurde die ambulante Diagnosedokumentation nicht implementiert.	<ul style="list-style-type: none"> » Mögliches Codiersystem: International Classification of Primary Care, second Edition (ICPC-2) » Gesetzliche Verankerung » Umsetzungsmaßnahmen gem. Ergebnisbericht des Pilotprojekts (z. B. Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit in den Arztsoftware, Schulung für Codierung) 	BMASGK für gesetzliche Verankerung Zielsteuerungspartner Fachgruppe Versorgungsprozesse														
Auf eine ehebaldige gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosedokumentation wäre hinzuwirken.	RH 8					Fokus auf Ergebnisindikatoren verstärken und - wo möglich - mit den entsprechenden Prozessindikatoren verknüpfen.	LSE 5	Entwicklung und Implementierung von Indikatoren für die Ergebnisqualitätsmessung - wo möglich herstellen einer Verbindung der Ergebnisindikatoren mit Struktur- und Prozessindikatoren durch die zuständige Fachgruppe unter Einbeziehung der Ärzteschaft	Zuordenbarkeit von Ergebnissen der Gesundheits- und Krankenversorgung zu den Prozessen und Strukturen muss gegeben sein um die Ergebnisse der Versorgung durch die Ärztin / den Arzt zuordnen zu können (Abgrenzung von Einflüssen außerhalb des Einflussbereichs der Ärztin / des Arztes)	<ul style="list-style-type: none"> » Indikatorenentwicklung - Orientierung an Charakteristika guter Performance Indikatoren nach Campbell et al. (2003) und A-IQI » Verknüpfung von Indikatoren (Cave Mehraufwand - ein Gleichgewicht von Aufwand und Aussagekraft muss hergestellt werden) » Ambulante Diagnosedokumentation als Voraussetzung » Verpflichtung für alle Gesundheitsdiensteanbieter 	Zielsteuerungspartner, Fachgruppe Versorgungsprozesse, Ärzteschaft (fachlicher Input)	Verantwortung für die Entwicklung und Einführung von Indikatoren der zuständigen Fachgruppe des Ständigen Koordinierungsausschusses übertragen. Alle neuen Indikatoren sollten mit Beratung der Ärzteschaft entwickelt werden.	LSE 7	Weiterführung und Intensivierung von bereits bestehenden Qualitätsbemühungen.	IHS 3	Auf eine Umsetzung des in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erneuerten Bekenntnisses zu einer Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich auf Grundlage des beschlossenen Konzepts innerhalb der Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 wäre hinzuwirken.	RH 7	Verbinden von Qualitätsindikatoren über alle Versorgungsebenen hinweg, um Patientenpfade nachbilden zu können.	LSE 6
Fokus auf Ergebnisindikatoren verstärken und - wo möglich - mit den entsprechenden Prozessindikatoren verknüpfen.	LSE 5	Entwicklung und Implementierung von Indikatoren für die Ergebnisqualitätsmessung - wo möglich herstellen einer Verbindung der Ergebnisindikatoren mit Struktur- und Prozessindikatoren durch die zuständige Fachgruppe unter Einbeziehung der Ärzteschaft	Zuordenbarkeit von Ergebnissen der Gesundheits- und Krankenversorgung zu den Prozessen und Strukturen muss gegeben sein um die Ergebnisse der Versorgung durch die Ärztin / den Arzt zuordnen zu können (Abgrenzung von Einflüssen außerhalb des Einflussbereichs der Ärztin / des Arztes)	<ul style="list-style-type: none"> » Indikatorenentwicklung - Orientierung an Charakteristika guter Performance Indikatoren nach Campbell et al. (2003) und A-IQI » Verknüpfung von Indikatoren (Cave Mehraufwand - ein Gleichgewicht von Aufwand und Aussagekraft muss hergestellt werden) » Ambulante Diagnosedokumentation als Voraussetzung » Verpflichtung für alle Gesundheitsdiensteanbieter 	Zielsteuerungspartner, Fachgruppe Versorgungsprozesse, Ärzteschaft (fachlicher Input)														
Verantwortung für die Entwicklung und Einführung von Indikatoren der zuständigen Fachgruppe des Ständigen Koordinierungsausschusses übertragen. Alle neuen Indikatoren sollten mit Beratung der Ärzteschaft entwickelt werden.	LSE 7																		
Weiterführung und Intensivierung von bereits bestehenden Qualitätsbemühungen.	IHS 3																		
Auf eine Umsetzung des in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erneuerten Bekenntnisses zu einer Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich auf Grundlage des beschlossenen Konzepts innerhalb der Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 wäre hinzuwirken.	RH 7																		
Verbinden von Qualitätsindikatoren über alle Versorgungsebenen hinweg, um Patientenpfade nachbilden zu können.	LSE 6	Verbinden von Qualitätsindikatoren über alle Versorgungsebenen hinweg um Patientenpfade nachbilden zu können	Die isolierte Betrachtung von Aspekten kann Qualität der Versorgung nicht umfassend abbilden, daher sollen die Indikatoren über Sektorengrenzen hinweg verknüpft werden. Stärkt die gemeinsame Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherung	Verknüpfung der Indikatoren zu Patientenpfaden	Fachgruppe Versorgungsprozesse bzw. Auftragnehmer der Fachgruppe														

Quelle: GÖG

Hinweise zur Aktualität der Empfehlungen bzw. zu zwischenzeitlich erfolgten Änderungen:

- » Ein Bericht über ein abgeschlossenes Pilotprojekt zur ambulanten Qualitätsmessung zum Schwerpunkt Interventionen/Eingriffe anhand des Blasenkarzinoms wurde im November im Ständigen Koordinierungsausschuss vorgestellt.
- » Einheitliche Diagnosedokumentation und Leistungskataloge im extramuralen Bereich (inkl. Wahlarztbereich) wurden als Bedingungen für eine Weiterführung der ambulanten Qualitätsmessung identifiziert.
- » Die Arbeiten an der ambulanten Qualitätsmessung zum Schwerpunkt Krankheitsbilder / chronische Erkrankungen (ambulante Qualitätszirkel Diabetes mellitus Typ 2) werden fortgeführt.

3.2.3 Transparenz der Qualitätsarbeit

Neun Einzelempfehlungen (8 RH, 1 LSE) beziehen sich auf die Transparenz der Qualitätsarbeit.¹⁴ Sie betreffen

- » öffentlichen Zugriff auf Daten zur Leistungsqualität,
- » Vorgaben zur Gestaltung, zu Inhalten und Regelmäßigkeit von Qualitätsberichten sowie Prüfung, ob die Vorgaben eingehalten werden (Qualitätsberichte aus der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sowie sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung und Ergebnisqualität),
- » Sichtbarmachen der Art der Prüfungsgrundlage auf den Zertifikaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.

Die einzelnen Empfehlungen, die Begründung für ihr Zustandekommen sowie relevante Inhalte und benötigte Methoden/Umsetzungsschritte sind in Tabelle 3.4 dargestellt.

Die Empfehlungen richten sich, sofern angegeben, an das BMASGK, die Zielsteuerungspartner und die ÖQMed.

Transparenz (z. B. mittels Berichterstattung oder Plattformen) ist nur möglich, wenn die Informationen/Daten dafür vorhanden sind. Vor diesem Hintergrund wird insbesondere ambulante Diagnosedokumentation als notwendige Voraussetzung für die Berichterstattung erwähnt. Darüber hinaus sind Qualitätsberichte, Berichte der ÖQMed sowie das Ergebnis der Evaluierungsverfahren (für die Kennzeichnung der Art der Zertifikate) als Informationsbasis notwendig, um die Empfehlungen zu realisieren. Als sichtbares Ergebnis der Empfehlungen sollen Vorgaben für Berichte, (adaptierte) Berichte (Regionsberichte, sektorenübergreifende Qualitätsberichte inkl. Ergebnisqualität, Qualitätsberichte aus der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich) sowie ein adaptiertes Qualitätszertifikat vorliegen.

14

Transparenz der Ergebnisse der Qualitätssicherung in Arztpraxen ist hier enthalten und nicht im Punkt „Qualitätssicherung in Arztpraxen“, da es nicht um das Qualitätssicherungsverfahren per se geht, sondern um die Transparenz nach außen.

Tabelle 3.4:
Transparenz der Qualitätsarbeit

Empfehlung	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
Nutzen der für Indikatoren gesammelten Daten durch Nutzung für Unterstützungssysteme und Qualitätsentwicklungsinitiativen – wie z. B. Feedback-Berichte und das Aufarbeiten von Good-Practice-Beispielen – erhöhen.	LSE 3	–	Datensammlung bedeutet Aufwand, der Nutzen der Daten soll daher maximiert werden.	Öffentlicher Zugriff auf Daten zur Qualität der erbrachten Leistungen in einer Region (nicht auf individueller Arzteebene)	ÖQMed
Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich aus Routinedaten wären verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung im Rahmen einer beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz eingerichteten neutralen Plattform anzubieten.	RH 14	–	Es gibt für Patientinnen/Patienten im niedergelassenen Bereich keine Möglichkeit, sich anhand vergleichbarer und bundesweit einheitlicher Kriterien über die Behandlungsqualität zu informieren.	Schaffen einer neutralen Informationsplattform	BMASGK
Die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehenen Vorgaben hinsichtlich der Gestaltung des Qualitätsberichts der ÖQMed wären festzulegen.	RH 9	Qualitätsberichte zur Qualitätssicherung in Arztpraxen neu aufstellen und transparent machen	<ul style="list-style-type: none"> » Vorgaben des Ministeriums zur Gestaltung des Qualitätsberichts der ÖQMed fehlen. » Die Darstellung der aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen fehlt in den Qualitätsberichten der ÖQMed. » Die Mängelstatistik variiert stark zwischen Selbstevaluierung und Validitätsprüfung, diese Mängelstatistik ist im Bericht 2013 nicht enthalten. » Die Darstellung der aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen fehlte in den Qualitätsberichten der ÖQMED. 	<ul style="list-style-type: none"> » Formulierung von Berichtsanforderungen, insbesondere hinsichtlich der Darstellung der Ergebnisse » Anpassen der Berichte an die Vorgaben gem. QS-VO (z. B. hinsichtlich Darstellung der Mängelstatistik) » Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben (z. B. Beratungsangebote) » Prüfung der Qualitätsberichte » Veröffentlichung der Qualitätsberichte auf der Website des BMASGK 	BMASGK und ÖQMed
Die Qualitätsberichte der ÖQMed wären in Zukunft auf Erfüllung der Vorgaben zu überprüfen und danach im Sinne der Transparenz auch auf der eigenen Website zu veröffentlichen.	RH 10				
In künftigen Qualitätsberichten wären sowohl die Mängelquote bei der Selbstbewertung durch die Ärztinnen und Ärzte als auch jene bei der Validitätsprüfung durch die Qualitätssicherungsbeauftragten auszuweisen und einander gegenüberzustellen. Darüber hinaus wäre die Entwicklung der Abweichungen zu beobachten und es wären Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben, etwa in Form von Informations- und Beratungsangeboten, zu setzen.	RH 22				
In künftigen Qualitätsberichten wären die aus den Evaluationsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen darzustellen, wie dies die Qualitätssicherungsverordnung vorsieht.	RH 23				
In Zukunft wäre beim Abschluss des Evaluierungsverfahrens transparent zu machen, ob die Ausstellung des Qualitätszertifikats allein auf der Grundlage der Selbstevaluierung erfolgte oder ob das Verfahren auch eine Validitätsprüfung umfasste.	RH 18	–	Bei den ausgestellten Zertifikaten ist nicht ersichtlich, ob diese auf Basis der Selbstevaluierung oder einer Validitätsprüfung ausgestellt wurden.	Unterscheidung am Zertifikat, ob Selbstangabe oder Validitätsprüfung	ÖÄK ÖQMed

Empfehlung	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
Im Sinne der Stärkung der Transparenz bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen wären Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen.	RH 11	Vorgaben für die Umsetzung einer einheitlichen bundesländer-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Berichterstattung inkl. Ergebnisqualität aus dem niedergelassenen Bereich erstellen	<ul style="list-style-type: none"> » Vorgaben für sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung fehlen trotz Bekenntnis in 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005. » Vorgaben für ambulante Ergebnisqualitätsberichte fehlen trotz gesetzlicher Verankerung. 	<ul style="list-style-type: none"> » Festlegen von Vorgaben für die Berichterstattung » Regelmäßiges Erstellen der Berichte 	BMASGK Zielsteuerungs-partner
Auf Grundlage einer künftigen Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich wären regelmäßige Berichte über die ambulante Ergebnisqualität zu erstellen.	RH 12				

BMASGK = Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; LSE = London School of Economics; ÖAK = Österreichische Ärztekammer; ÖQMed = Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin; QS-VO = Qualitätssicherungsverordnung; RH = Rechnungshof

Quelle: GÖG

Hinweise zur Aktualität der Empfehlungen bzw. zu zwischenzeitlich erfolgten Änderungen¹⁵:

- » Die Qualitätsberichte der ÖQMed wurden neu gestaltet.
- » Die Anforderungen des wissenschaftlichen Beirats der ÖQMed an den Bericht (ergänzend zu gesetzlichen Vorgaben) wurden erhoben.
- » Folgende Inhalte sind im aktuellen Bericht enthalten:
 - » Informationen zur methodischen Vorgehensweise und Datenerhebung
 - » Darstellung des gesamten Evaluierungsprozesses
 - » Österreichweite und bundesländerspezifische Evaluierungsergebnisse
 - » Daten zu Disziplinaranzeigen
 - » Auswertungen von Fragen bezüglich der Patientensicherheit
 - » Empfehlungen für den nächsten Evaluierungszyklus
 - » Anlage mit Mängeldarstellung, gegliedert nach Grund und Fachbereich

3.2.4 Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit

Vier Einzelempfehlungen (2 IHS, 1 RH, 1 LSE) beziehen sich auf „Qualitätsarbeit weiterentwickeln“. Diese betreffen

- » Weiterführen und neu Aufsetzen von einrichtungsübergreifenden Qualitätsverbesserungsinitiativen und Unterstützungsangeboten,
- » Verbesserungen bei und stärkere Verankerung der Weiterbildung im Rahmen der (Wieder-)Zulassung von Ärztinnen/Ärzten,
- » Priorisieren, Entwickeln und Umsetzen von integrierten Versorgungsprogrammen.

Die einzelnen Empfehlungen, die Begründung für ihr Zustandekommen sowie relevante Inhalte und benötigte Methoden/Umsetzungsschritte sind in Tabelle 3.5 dargestellt.

Als Adressat, sofern angegeben, wird das BMASGK genannt, wobei eine Mitwirkung der ÖQMed wie auch der Zielsteuerungspartner als notwendig erachtet wird. Datengrundlage für einige Qualitätsverbesserungsinitiativen ist ein weiteres Mal die ambulante Diagnosedokumentation.

Die analysierten Berichte enthalten zu einigen Empfehlungen Vorschläge über die Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse umgesetzter Empfehlungen. So sollen Feedbackberichte (risikoadjustiert) für einzelne Ärztinnen/Ärzte auf individueller Ebene mit regionaler Vergleichbarkeit sowie die Ergebnisse der Analyse von Good-Practice-Beispielen den jeweiligen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen. Außerdem sollen die Vorgaben für umsetzungsreife IV-Programme veröffentlicht werden. Als weitere Schritte werden die Umsetzung der integrierten Versorgungsprogramme sowie Sanktionen genannt, falls bei identifizierten Problemen in Ordinationen trotz Feedbackbericht, Unterstützungsmaßnahme und Information keine Verbesserung eintritt. Zudem werden Sanktionen bei Nicht-Einhalten von Weiterbildungsanforderungen angedacht.

15

Auskunft ÖQMed (Nicole Faxe-Krobath und Wolfgang Moritz) am 16. November 2018

Tabelle 3.5:
Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit

Empfehlung	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
Weiterführung und Intensivierung von bereits bestehenden Qualitätsbemühungen.	IHS 3	-	Bestehende Initiativen leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung; Ausbau/Adaptierung für niedergelassenen Bereich zum Teil nötig	<ul style="list-style-type: none"> » Ärztliches Qualitätszentrum als Unterstützung der Kammermitglieder bei ihrer Qualitätsarbeit » DMP Therapie Aktiv » CIRSmEdical » Patientenbefragungen » ÖQA Austria Gütezeichen für Arztpraxen 	k. A.
Nutzen der für Indikatoren gesammelten Daten durch Nutzung für Unterstützungssysteme und Qualitätsentwicklungsinitiativen – wie z. B. Feedback-Berichte und Aufarbeiten von Good-Beispielen – erhöhen.	LSE 3	-	Datensammlung bedeutet Aufwand, der Nutzen der Daten soll daher maximiert werden.	<ul style="list-style-type: none"> » Aufbau von Feedbacksystemen – z. B. Scorecards mit Risiko-Adjustierung, um Vergleiche für den Arzt / die Ärztin zu ermöglichen » Analysen von positiven Veränderungen und Kommunikation als Good Practice » Interventionen bei Qualitätsverfehlungen (Support und in weiterer Folge Disziplinarmaßnahmen) » Pay for Performance 	ÖQMed
Die Erfüllung der Anforderungen im Bereich Continuing Medical Education soll als Voraussetzung für die Re-Zertifizierung von Ärztinnen/Ärzten gelten und dabei strukturierter am Bedarf der Patientenversorgung ausgerichtet sein.	IHS 5	-	Die Fortbildung ist verpflichtend, es gibt allerdings keine Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Verpflichtung und die Regeln lassen viel Spielraum zu (es wäre z. B. denkbar, dass jemand in Vertretung einer Ärztin / eines Arztes die e-Learning-Fortbildungen absolviert).	<ul style="list-style-type: none"> » Verankerung der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung als Bestandteil der Wiederzulassung als Arzt/Ärztin » Sanktionen (ggf. Entzug der Zulassung) bei Verstößen 	k. A.
Der Bundes-Zielsteuerungskommission wäre ein Beschlussantrag zur Priorisierung und bundesweiten Ausrollung weiterer integrierter Versorgungsprogramme vorzulegen und in der Folge wäre die zügige Entwicklung und Implementierung dieser Programme sicherzustellen.	RH 5	-	Trotz Eignung zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Zielsetzung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag sind bis dato außer „DMP Therapie Aktiv“ keine weiteren umsetzungsreifen integrierten Versorgungsprogramme vorhanden.	Einbringen und Beschluss eines Antrags zur Priorisierung und Umsetzung von integrierten Versorgungsprogrammen	BMASGK Zielsteuerungs-partner

Quelle: GÖG

Hinweis zur Aktualität der Empfehlungen bzw. zu zwischenzeitlich erfolgten Änderungen:

- » Zur Zeit der Berichterstellung befand sich der Qualitätsstandard „Integrierte Versorgung Schlaganfall“ im Freigabeprozess und soll nach seiner Veröffentlichung der Umsetzung einer integrierten Versorgung von Schlaganfallpatientinnen/-patienten dienen.

3.2.5 Verbindliche Standards

Vier Einzelempfehlungen (ausschließlich aus dem Bericht des Rechnungshofes) beziehen sich auf das Entwickeln und Umsetzen verbindlicher Standards. Diese betreffen

- » Klären von Begriffen und Vornehmen einer Kategorisierung,
- » Entwickeln und verbindlich Machen von (Qualitäts-)Standards (als Leitlinie oder Richtlinie) sowie der berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme sowie das Sicherstellen von deren Einhaltung,
- » Rechtzeitiges Aktualisieren bestehender (Qualitäts-)Standards bzw. eine rechtzeitige Veröffentlichung als Leitlinie oder Richtlinie.

Die einzelnen Empfehlungen, die Begründungen für ihr Zustandekommen sowie relevante Inhalte und benötigte Methoden/Umsetzungsschritte sind in Tabelle 3.6 dargestellt.

Die Empfehlungen sind primär an das BMASGK gerichtet, die Zielsteuerungspartner sowie die GÖG sind als mitwirkende Stellen für das Erarbeiten einer zweckmäßigen Kategorisierung von Qualitätsstandards genannt. Sie sollen zur Veröffentlichung einer aktualisierten Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (mit geklärten Begriffen) und der Veröffentlichung von Standards (Qualitätsstandards, Mindestanforderungen) mit klarer Verbindlichkeit führen, die rechtzeitig aktualisiert werden. Zudem sollen in weiterer Folge periodische Berichte über die Umsetzung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme vorliegen.

Tabelle 3.6:
Verbindliche Standards

Empfehlung	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
<p>Qualitätsstandards mit verpflichtenden Kriterien bzw. Vorgaben wären — wie mit den Ländern vereinbart — ehebaldig zu entwickeln und deren Einhaltung sicherzustellen, um damit das vom Gesetzgeber mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz verfolgte Ziel umzusetzen.</p>	RH 1	-	Bisher wurde kein Qualitätsstandard verbindlich zur Anwendung erlassen (als Bundesqualitätsrichtlinie nach bisheriger Kategorisierung).	<ul style="list-style-type: none"> » Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Vorgaben » Verordnung oder andere geeignete Art, die Verbindlichkeit zu deklarieren 	BMASGK
<p>Es wären ehestens Nachfolgeregelungen für die aus-gelaufenen Bundesqualitätsleitlinien zu erarbeiten und der Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening wäre ehebaldig auf der Website des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz als Bundesqualitätsleitlinie zu veröffentlichen. Künftig wäre bei der Veröffentlichung von Qualitätsstandards klarzustellen, ob deren Anwendung verbindlich oder nur empfohlen ist.</p>	RH 2	-	<ul style="list-style-type: none"> » Bis zum Aussprechen der Empfehlung wurden drei Bundesqualitätsleitlinien vom Ministerium veröffentlicht. » Die Gültigkeit dieser Bundesqualitätsleitlinien endete. » Nachfolgeregelungen wurden nicht rechtzeitig veröffentlicht. » Der Qualitätsstandard Patient Blood Management wurde veröffentlicht, die Bezeichnung Bundesqualitätsrichtlinie/Bundesqualitätsleitlinie und damit die Klärung der Verbindlichkeit fehlte. 	<ul style="list-style-type: none"> » Anwendung der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards » Anwendung der Instrumente Verordnung (Richtlinie) oder Empfehlung (Leitlinie) zur Klarstellung des Verbindlichkeitsgrades » Regelmäßige zeitgerechte Aktualisierung der Qualitätsstandards 	BMASGK

Empfehlung	Quelle	Synthese der Empfehlungen	Begründung für Empfehlung	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	Adressaten und Mitwirkende
<p>Gemeinsam mit den Ländern und den Sozialversicherungsträgern wäre eine zweckmäßige Kategorisierung von Qualitätsstandards vorzunehmen.</p>	RH 3	–	<p>In Gesetzen und Dokumenten bestand begriffliche Unklarheit bzgl. Qualitätsstandards; das wurde durch neuere Gesetze und Dokumente (z. B. Zielsteuerung-Gesundheit, Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards) noch verstärkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Begriffe und Definitionen sowie Rollen und Entscheidungsfindungsprozesse bei der Erstellung von Qualitätsstandards im Rahmen des Gesundheitsqualitätsgesetzes und der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards klarstellen und vereinheitlichen » Insbesondere hinsichtlich folgender Begriffe und Verhältnisse zueinander: Qualitätsstandard, Bundesqualitätsleitlinien und Bundesqualitätsrichtlinie, Leitlinie, Nationale Versorgungsleitlinie, integriertes Versorgungsprogramm, Standard für Versorgungsmanagement, bundeseinheitliche Mindestanforderungen 	<p>BMASGK Zielsteuerungspartner GÖG</p>
<p>Es wäre ehestens mit der Entwicklung von berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme — zunächst konzentriert auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte — zu beginnen, diese in der Folge einzuführen und deren Einhaltung im Wege einer periodischen Berichterstattung zu überprüfen.</p>	RH 6	–	<p>Das Ziel gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag, bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie periodische Berichterstattung zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme unter Einbeziehung des niedergelassenen Bereichs verbindlich festzulegen, wurde nicht erreicht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Schaffen einheitlicher Rechtsgrundlagen für die verbindliche Umsetzung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle betroffenen Berufsgruppen » Schrittweises Einführen und Evaluieren » Periodische Berichterstattung zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme unter Einbeziehen des niedergelassenen Bereichs umsetzen 	<p>BMASGK</p>

Quelle: GÖG

Hinweise zur Aktualität der Empfehlungen bzw. zu zwischenzeitlich erfolgten Änderungen:

- » Durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse (FG VP) wurde eine Priorisierung jener Berufsgruppen vorgenommen, für die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme erarbeitet werden sollen.
- » Eine (teil-)aktualisierte Fassung des „Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening sowie zur Durchführung diagnostischer Mammographien“ wurde im Jahr 2017 veröffentlicht, der Qualitätsstandard „Integrierte Versorgung Schlaganfall“ befindet sich zum Erstellungszeitpunkt des Berichts im Freigabeprozess.
- » An der Aktualisierung der Methoden zur Erstellung von Qualitätsstandards (inkl. Begriffsdefinition) wird aktuell gearbeitet (GÖG im Auftrag der FG VP).

4 Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassung

Die analysierten Berichte unterscheiden sich stark in ihrer Zielsetzung und der gewählten Herangehensweise. Bei Betrachtung der Empfehlungen muss stets beachtet werden, dass diese sich an unterschiedliche Zielgruppen richten und von unterschiedlichen Aggregationsniveaus gekennzeichnet sind. Während der Rechnungshof eine große Anzahl sehr detaillierter Empfehlungen ausspricht, bedienen sich die anderen Berichte eher globaler Empfehlungen, die zum Teil mehrere Einzelaspekte umfassen.

Die Autorinnen und Autoren der drei analysierten Berichte nennen zahlreiche Gründe für die einzelnen Empfehlungen, unter anderem die derzeitigen Zuständigkeiten für Qualitätssicherung, die institutionelle Verortung der Qualitätssicherung für Arztpraxen sowie daraus potenziell entstehende Interessenkonflikte. Zudem sehen die Autorinnen/Autoren methodische Probleme in den Qualitätssicherungsverfahren für Arztpraxen. Das Fehlen von Daten und von ihrer nutzenbringenden Verwendung, z. B. im Rahmen von ganzheitlichen Messansätzen (über Sektorengrenzen hinweg, Zuordenbarkeit von Outcome zu Leistungserbringung, Feedbackansätze) oder Ergebnisqualitätsmessung, wird als weiterer zentraler Aspekt genannt. Auch das Fehlen von Vorgaben, verbindlichen Standards, Programmen für integrierte Versorgung sowie die Unklarheit von Begriffen und Kernelementen begründen Verbesserungsempfehlungen. Zudem wird die Transparenz auf verschiedenen Ebenen (fehlende Qualitätsberichte, Ergebnisqualität, Vergleichbarkeit der Informationen für Patientinnen/Patienten) als nicht ausreichend bewertet.

Die Empfehlungen wurden auf Basis ihrer Zielsetzung fünf thematischen Clustern zugeordnet. Jeden Cluster ergänzen konkrete Methoden/Umsetzungsschritte. Die Empfehlungen gliedern sich in solche, für die wissenschaftliche Evidenz vorhanden ist, und solche, die nicht direkt in einen wissenschaftlichen Kontext gesetzt werden können. Letztere bedürfen entweder keiner Evidenzgrundlage (z. B. Grundvoraussetzungen für andere Empfehlungen wie etwa Datenverfügbarkeit) oder es ist kaum externe Evidenz zu erwarten (da österreichspezifische (Struktur- und Organisations-)Aspekte betroffen sind; z. B. institutionelle Verortung der ÖQMed).

Im Folgenden sind die fünf Cluster und die ihnen zugeordneten Methoden/Umsetzungsschritte zusammengefasst sowie mehr oder weniger starke Hinweise zu Wirksamkeit und Nutzen aus der wissenschaftlichen Literatur dargestellt:

1. Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Zur Umsetzung der Empfehlungen zur Qualitätssicherung / zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen schlagen die Autoren aller drei Berichte vor, Szenarien für die organisatorische Unabhängigkeit der Qualitätssicherung durch eine Neuansiedelung oder eine andere Finanzierung der ÖQMed oder alternativ durch Änderung der Aufgabe der ÖQMed und Verlagerung des Qualitätsmonitorings an eine unabhängige Stelle zu entwickeln. In diesem Zusammenhang wären auch die Methoden der Evaluierung zu adaptieren (insbesondere hinsichtlich Assessment inkl. Fragebogen

und Validitätsprüfung), Voraussetzungen wie eine aktuelle Ärzteliste mit eindeutiger Ordinationskennung zu schaffen und Verzögerungen des Evaluierungsverfahrens zu sanktionieren.

Zur Umsetzung der verpflichtenden Einführung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen wird vorgeschlagen, erprobte Modelle wie das Europäische Praxisassessment (EPA) zu verwenden. Zudem sollen Unterstützungssysteme und Informations- und Beratungsangebote hinsichtlich der Einführung von Qualitätsmanagement und zur Vermeidung von Falschangaben beim Qualitätsmonitoring angeboten werden. Zu beachten ist, dass seit dem Aussprechen der Empfehlungen bereits Adaptierungen am Fragebogen durch die ÖQMed vorgenommen wurden.

Einige Studien zeigen, dass die Einführung des EPA die Qualität in Ordinationen hinsichtlich Struktur und Organisation verbessert (Goetz et al. 2015; Szecsenyi et al. 2011). Die Studienlage zum Effekt von Qualitätsmanagementsystemen auf patientenrelevante Outcomes ist dürftig. Sofern vorhanden, scheinen Effekte auf Outcomes gering zu sein (Shortell et al. 2000), wobei Outcomes von geeigneten Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen abhängen (Raleigh 2012). Hier wird mehr Evidenz benötigt, um eine Aussage treffen zu können.

Generell kann festgehalten werden, dass es eine Reihe von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in Ordinationen gibt, für die ausreichend Evidenz hinsichtlich ihrer Wirkung vorhanden ist. Einige benötigen Daten als Grundlage (z. B. Feedback), andere beziehen sich eher auf organisatorische Anpassungen (z. B. Reminder-Systeme, computerunterstützte Entscheidungshilfen) oder das Einführen integrierter Versorgung als umfassenderen Ansatz. (Baxter et al. 2018; Irwin et al. 2015)

2. Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung

Als Methoden bzw. Umsetzungsschritte zur Einführung einer Diagnosedokumentation und anschließender Indikatoren-Entwicklung werden die Wahl eines Codiersystems für die Diagnosedokumentation und die gesetzliche Verankerung und Verpflichtung sowie Unterstützungsmaßnahmen für die Umsetzung empfohlen. Die Indikatoren sollen evidenzgestützt entwickelt werden und in einem sinnvollen Ausmaß verknüpfbar sein (Verknüpfung Ergebnis und Prozess, Abbildung über Sektorengrenzen hinweg).

Grundlage für viele Aspekte der Qualitätsarbeit ist die Verfügbarkeit entsprechender Daten. Dem entsprechend nennen alle analysierten Dokumente die ambulante Diagnosedokumentation als Grundlage, um diese unabdingbare Voraussetzung zu erfüllen. Für die Entwicklung von Indikatoren gibt es bereits Methodensammlungen, auf die zurückgegriffen werden kann (z. B. Campbell et al. 2003).

3. Transparenz der Qualitätsarbeit

Als Methode der Umsetzung bzw. der Umsetzungsschritte dieses Clusters können insbesondere der öffentliche Zugang zu Daten, z. B. in Form neutraler Informationsplattformen oder veröffentlichter Berichte, dienen. Für Berichte wird zudem das Festlegen von Vorgaben hinsichtlich der Inhalte und der Darstellung von Ergebnissen als notwendig erachtet. Außerdem soll laut Rechnungshof bei den derzeitigen Evaluierungsverfahren der Arztpraxen am Zertifikat der Ordinationen

sichtbar werden, ob es aufgrund von Selbstangaben oder basierend auf der Validitätsprüfung gegeben wurde. Der Qualitätsbericht der ÖQMed wurde zwischenzeitlich inhaltlich neu gestaltet.

Mossialos et al. (2017) bereiten in ihrem Bericht die Evidenz für Reporting hinsichtlich Leistungsqualität auf und zitieren Literatur, die zeigt, dass Qualitätsaktivitäten zunehmen, wenn öffentlich zugängliche Daten und Berichte vorliegen (Smith 2009). Sie zeigen aber auch, dass die positiven Effekte verhältnismäßig klein sind (Robinowitz/Dudley 2006) und Bedenken hinsichtlich möglicher negativer Effekte bestehen (Burack et al. 1999; Mannion et al. 2005; Narins et al. 2005; Robinowitz/Dudley 2006; Schneider/Epstein 1996). Es gibt nur wenige Hinweise auf einen möglichen positiven Effekt auf Outcomes (Hibbard et al. 2003).

4. Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit

Als Umsetzungsschritte zur Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit werden Unterstützungsmaßnahmen und Systeme zur Fehlermeldung/Patientenbefragung bzw. zum Sichtbarmachen von Qualität, der Aufbau von Feedbacksystemen inkl. Kommunikation erfolgreicher Qualitätsverbesserungsmaßnahmen als Good Practice sowie Interventionen, wenn keine Verbesserung eintritt, vorgeschlagen. Mittels „Pay per Performance“ sowie dem Beschluss und der Implementierung von Programmen für integrierte Versorgung und einer stärkeren Verankerung der Weiterbildung sollen weitere Empfehlungen umsetzbar werden.

Ein Cochrane-Review untersuchte den Effekt von Feedback (mündlich, schriftlich, kombiniert, einmal oder öfter) basierend auf vorangegangenen Audits (Messungen) auf das Verhalten von Gesundheitsdienstleistern (Prozesse) und die Behandlungsergebnisse. Die inkludierten Studien zeigen ein heterogenes Bild, sie reichen von keinen Effekten bis zu substantiellen Verbesserungen, wobei der Review zum Schluss kommt, dass es sich insgesamt um kleine, aber wichtige Verbesserungen in den Versorgungsprozessen handelt. Den größten Nutzen hatte Feedback, wenn die Performance vor der Intervention gering war (Ivers et al. 2012). Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2015 kommt zum Ergebnis, dass Feedback und Weiterbildung den größten direkten Effekt auf patientenrelevante Outcomes haben, während andere Interventionen eher auf die Versorgungsprozesse wirken (Irwin et al. 2015).

Ein rezenter Review über 167 Studien zeigt positive Effekte integrierter Versorgung auf die wahrgenommene Qualität der Versorgung sowie auf die Patientenzufriedenheit und gibt Hinweise auf einen verbesserten Zugang zur Versorgung. Effekte in Bezug auf alle anderen Outcomes (inklusive Kosten) sind entweder inkonsistent oder nicht ausreichend nachweisbar. Die Auswirkungen von IV auf patientenrelevante Endpunkte wurde bisher wenig untersucht. (Baxter et al. 2018)

5. Verbindliche Standards

Für die Umsetzung der Empfehlungen zur Entwicklung und Implementierung verbindlicher Standards empfiehlt der Rechnungshof, vorerst die Begriffe zu klären sowie Standards und Mindestanforderungen rechtzeitig zu erstellen und zu aktualisieren (für Standards gemäß der definierten

Methode). Außerdem sollen Standards verbindlich gemacht sowie Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme (inklusive periodischer Berichte über deren Umsetzung) schrittweise eingeführt und evaluiert werden.

An den berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme sowie an der Aktualisierung der Methoden zur Erstellung von Qualitätsstandards wird aktuell im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gearbeitet. Zudem wurde eine (teil-)aktualisierte Fassung des *Qualitätsstandards zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening sowie zur Durchführung diagnostischer Mammographien* veröffentlicht, der Qualitätsstandard *Integrierte Versorgung Schlaganfall* befindet sich zum Erstellungszeitpunkt des Berichts im Freigabeprozess.

International bestehen etablierte Programme zur Bereitstellung von Qualitätsstandards, z. B. Health Quality Ontario (seit 2016: 16 veröffentlichte Qualitätsstandards und 15 in Entwicklung) und das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Programm seit 2009: 175 veröffentlichte Qualitätsstandards, einer in Konsultation, 22 in Entwicklung). Beide stellen nicht nur allen relevanten Akteuren sowie der Öffentlichkeit Standards zur Verfügung, sondern bieten auch Indikatoren zur Messung der Qualität. (Health Quality Ontario 2018; The National Institute for Health and Care Excellence 2018)

Weitere Hinweise

Die beschriebenen Methoden und Umsetzungsschritte umfassen neben den konkreten Vorschlägen in den meisten Fällen auch einen Hinweis darauf, dass die Änderungen (rechtzeitig) durch Änderung der betreffenden Vorgaben, Verordnungen oder Gesetze verbindlich zu machen sind.

Zum Teil nennen die Berichte explizit Adressaten bzw. jene Stellen, die mit der Umsetzung betraut werden sollen. Adressaten sind im Regelfall jene Stellen, die derzeit zuständig sind, wie beispielsweise das BMASGK, die Zielsteuerungspartner (Bund, Länder, Sozialversicherung), die Ärztekammer oder die ÖQMed. Der Fokus der analysierten Berichte lag nicht darauf, wie Ergebnisse der Empfehlungsumsetzung dargestellt werden sollen oder welche Schritte daran anschließen sollen, daher wurde das im Ergebnisteil auch nur punktuell erwähnt.

Limitationen

Die Extraktion und Analyse der Empfehlungen aus den drei Berichten erfolgte mit großer Sorgfalt und wurde mittels Überprüfung durch eine zweite Person qualitätsgesichert. Die Analyse und besonders die Clusterung und Synthese basieren jedoch zwangsläufig auf der Interpretation der Autorinnen und könnten ggf. auch nach einer anderen Systematik vorgenommen werden.

Aufgrund des unterschiedlichen Aggregationsniveaus der Empfehlungen war eine Synthese der Empfehlungen nur eingeschränkt möglich.

Zur Bewertung der Berichte im wissenschaftlichen Kontext wurde zwar eine Analyse der gewählten Methoden vorgenommen, von einer standardisierten Qualitätsbeurteilung jedoch aufgrund der Heterogenität der Berichte Abstand genommen. Die Diskussion der ausgesprochenen Empfehlungen im wissenschaftlichen Kontext erfolgte rein exemplarisch auf Basis einer selektiven Literatursuche. Eine abschließende Beurteilung, beispielsweise der Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen, könnte nur durch eine detaillierte, systematische Aufbereitung der entsprechenden Evidenz erreicht werden.

Schlussfolgerung

Die drei analysierten Berichte unterscheiden sich zwar substanziell in ihrer Zielsetzung und der methodischen Herangehensweise, ihre Empfehlungen adressieren aber häufig gleiche oder ähnliche Aspekte. Die fünf Themen-Cluster können daher als jene Bereiche betrachtet werden, welche nachfolgenden Gesprächen mit den entsprechenden Stakeholdern als Diskussionsgrundlage für abzuleitende Maßnahmen und deren konkrete Umsetzung dienen können.

5 Quellen

- Alisch, Katrin (Hg.) (2004): Qualitätssicherung. Springer DE. Gabler-Wirtschafts-Lexikon 1
- ÄrzteG 1998: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), in der geltenden Fassung
- AWMF, ÄZQ (2007): Das Leitlinien-Glossar von AWMF und ÄZQ. ÄZQ-Schriftenreihe Bd 30. ÄZQ, Berlin
- B-ZK (2014): Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich. Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission Version 3.5. Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Baxter, S.; Johnson, M.; Chambers, D.; Sutton, A.; Goyder, E.; Booth, A. (2018): The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. In: BMC Health Serv Res 18/1:350
- BMGF (2017a): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMGF (2017b): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.0. Aktualisierung der Qualitätsstrategie. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im Juni 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien. Unveröffentlicht
- Burack, J. H.; Impellizzeri, P.; Homel, P.; Cunningham, J. N., Jr. (1999): Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons. In: Ann Thorac Surg 68/4:1195–1200; discussion 1201–1192
- Campbell, S. M.; Braspenning, J.; Hutchinson, A.; Marshall, M. N. (2003): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. In: Bmj 326/7393:816–819
- Czypionka, Thomas; Föbleitner, Sophie; Six, Eva (2018): Qualität in Arztpraxen. Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich. Institut für Höhere Studien, Wien
- Duden Wörterbuch (2018): messen [Online]. Duden. <https://www.duden.de/rechtschreibung/messen#b2-Bedeutung-1> [Zugriff am 17.9.2018]
- G-ZG: Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG), Fassung vom 10.02.2014
- Goetz, K.; Hess, S.; Jossen, M.; Huber, F.; Rosemann, T.; Brodowski, M.; Kunzi, B.; Szecsenyi, J. (2015): Does a quality management system improve quality in primary care practices in Switzerland? A longitudinal study. In: BMJ Open 5/4:e007443

- GGG: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl I Nr 179/2004, in der geltenden Fassung.
- Health Quality Ontario (2018): Evidence to improve care. Quality Standards [Online]. <https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards> [Zugriff am 16.11.2018]
- Hibbard, J. H.; Stockard, J.; Tusler, M. (2003): Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? In: *Health Aff (Millwood)* 22/2:84–94
- Hoffmann, Werner; Raupp, Julia; Dür, Stefan (2017): Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 4 – Situational Analysis. Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System Hg. v. Consulting, London School of Economics and Political Science. Contrast Management Consulting EY Ernst & Young, London
- Irwin, R.; Stokes, T.; Marshall, T. (2015): Practice-level quality improvement interventions in primary care: a review of systematic reviews. In: *Prim Health Care Res Dev* 16/6:556–577
- Ivers, Noah; Jamtvedt, Gro; Flottorp, Signe; Young, Jane M; Odgaard-Jensen, Jan; French, Simon D; O'Brien, Mary Ann; Johansen, Marit; Grimshaw, Jeremy; Oxman, Andrew D (2012): Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*No.: CD000259:
- Lohr, Kathleen N. (Hg.) (1990): Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods. Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. In: *Defining Quality of Care*. National Academies Press, Washington (DC) USA
- LSE Health (Hg.) (2017): Effizienzanalyse des österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems. Band 3 – Originalbeiträge der Stakeholder. In: *Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System*. Hg. v. LSE Health Contrast E&Y and the University of Salzburg. LSE Consulting, London
- Mannion, R.; Davies, H.; Marshall, M. (2005): Impact of star performance ratings in English acute hospital trusts. In: *J Health Serv Res Policy* 10/1:18–24
- Mossialos, Elias; Czypionka, Thomas; Cheatley, Jane; Thalmann, Inna; Polton, Dominique; Jeurissen, Patrick; Pfeil, Walter J.; Müller, Rudolf; Pöltner, Walter; Mosler, Rudolf; Hoffmann, Werner; Raupp, Julia; Dür, Stefan (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options. Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. London School of Economics and Political Science Consulting, London
- Narins, Craig R.; Dozier, Ann M.; Ling, Frederick S.; Zareba, Wojciech (2005): The influence of public reporting of outcome data on medical decision making by physicians. In: *Arch Intern Med* 165/1:83–87
- ÖQMed (2018a): Ambulatorien [Online]. Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH. www.oegmed.at [Zugriff am 17.9.2018]

- ÖQMed (2018b): Leitbild [Online]. Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH. www.oeqmed.at [Zugriff am 17.9.2018]
- ÖQMed (2018c): ÖQM [Online]. Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH. <https://www.oeqmed.at/en/oeqm> [Zugriff am 17.9.2018]
- QS-VO 2012: Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012) in der Fassung der 1. Novelle der QS-VO 2012, in der Fassung der 1. Novelle der QS-VO 2012
- QS-VO 2018: Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2018 – QS-VO 2018), Nr. 3/2017, in der geltenden Fassung
- Raleigh, Veena S (2012): Pick 'n' mix: an introduction to choosing and using indicators. The King's Fund
- Rechnungshof (2018): Bericht des Rechnungshofes. Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. III-168 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI.GP GZ 004.506/009-PR3/18. Rechnungshof Österreich, Wien
- Rechnungshof Österreich (2018a): Prüfprogramm [Online]. <https://www.rechnungshof.gv.at/ueber-den-rh/pruefen/pruefungsprogramm.html> [Zugriff am 19.9.2018]
- Rechnungshof Österreich (2018b): Prüfungsablauf [Online]. <https://www.rechnungshof.gv.at/ueber-den-rh/pruefen/pruefungsablauf.html> [Zugriff am 19.9.2018]
- Robinowitz, David L.; Dudley, R. Adams (2006): PUBLIC REPORTING OF PROVIDER PERFORMANCE: Can Its Impact Be Made Greater? In: Annual Review of Public Health 27/1:517–536
- Schneider, E. C.; Epstein, A. M. (1996): Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists. In: N Engl J Med 335/4:251–256
- Shortell, S. M.; Jones, R. H.; Rademaker, A. W.; Gillies, R. R.; Dranove, D. S.; Hughes, E. F.; Budetti, P. P.; Reynolds, K. S.; Huang, C. F. (2000): Assessing the impact of total quality management and organizational culture on multiple outcomes of care for coronary artery bypass graft surgery patients. In: Med Care 38/2:207–217
- Smith, Peter C. (2009): Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Hg. v. Smith, Peter C. et al. Cambridge University Press, New York

Szecsényi, Joachim; Campbell, Stephen; Broge, Bjoern; Laux, Gunter; Willms, Sara; Wensing, Michel; Goetz, Katja (2011): Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. In: Canadian Medical Association or its licensors 183/18:E1326-E1333

The National Institute for Health and Care Excellence (2018): Guidance and advice list. Quality Standards/Indicators [Online]. <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=qs> [Zugriff am 16.11.2018]

VUG 2017 (2017): 26. Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz - G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 - VUG 2017), GP XXV RV 1333 AB 1373 S. 157. BR: 9665 AB 9704 S. 863, Ausgegeben am 17. Jänner 2017

Anhang

Anhang 1: Fragen an Studienautoren (E-Mail)

Anhang 2: Ausgeschlossene Empfehlungen

Anhang 3: Analysetabelle und Empfehlungen in Originalsprache

Anhang 1

Fragen an Studienautoren (E-Mail)

Dr. Thomas Czypionka am 11. Oktober 2018

- » Können Sie etwas näher auf die Literaturrecherche eingehen – wie wurde diese angelegt?
- » Welche Auswahlkriterien für die Länder und Qualitätssicherungs-/Qualitätsmanagementsysteme wurden verwendet?
- » Die Begründung der Länderauswahl für Deutschland (in Einleitung), Frankreich (Einleitung des Frankreichkapitels), Neuseeland (Einleitung des Neuseelandkapitels) ist beschrieben. Warum wurden Niederlande und England ausgewählt?
- » Wie wurde bei der Ableitung der Empfehlungen im Rahmen des Kapitels „Positionierung Österreichs“ vorgegangen (wie kam man zu den Empfehlungen, gab es hier z. B. eine Qualitätssicherung)? Insbesondere Kriterien/Grund für die Aufnahme / das Herausgreifen der Aspekte aus dem Kapitel Positionierung für den Absatz Empfehlungen (es gibt 6 Themenblöcke bei der Positionierung, die Probleme aufgreifen und erläutern und schon mögliche Lösungen vorschlagen, aber nur 5 Empfehlungen im Empfehlungsabsatz)?

Prof. Elias Mossialos am 11. Oktober 2018

- » Can you elaborate how you proceeded with your (literature) search and selection especially concerning the identification and selection of “analysis of reports completed by Austrian organisations and experts, and international experiences”? (p. 43)
- » What were the selection criteria for countries in chapter 6.4 (concerning performance measurement, reporting, P4P)?
- » How did you deduce policy options (procedure, criteria) and how were recommendations from the volumes 2–4 dealt with?
- » How were topics for policy options assigned to each aspect – especially how did you decide if a policy option belongs to “healthcare quality” or other sections like “monitoring and information needs” (e.g. for diagnosis classification system)
- » Were the roundtable discussions only used for the situational analysis in volume 4 or also for volume 1, and if yes, how (e.g. for the recommendations)?

Prof. Werner Hoffmann am 16. Oktober 2018

- » Können Sie etwas näher auf die Literatursuche/-analyse eingehen – insbesondere Herangehensweise bei der Suche und Kriterien für die Auswahl / weitere Verwendung?
- » Wie wurden Experten für Gespräche ausgewählt, wann waren es Interviews, wann Gruppendiskussionen?
- » Welche Art von Interviews war das, welche Methode wurde für die Gruppendiskussionen gewählt?

- » Wie wurden die Interviews/Gruppendiskussionen ausgewertet?
- » Wenn, wie beschrieben, inkonsistente oder widersprüchliche Ergebnisse aus der Literatur auftraten und eine Primärerhebung gemacht wurde, wie wurde entschieden, welche Informationen gültig sind und heranzuziehen sind?

Anhang 2

Ausgeschlossene Empfehlungen

Quelle	Empfehlung	Ausschlussgrund
Rechnungshof (RH 4)	Für die Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 wäre sicherzustellen, dass der tatsächliche Umsetzungsstand der im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ziele aus den Monitoringberichten klar hervorgeht. (TZ 15)	Die Empfehlung bezieht sich nicht auf die Qualitätsmessung/Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich.
Rechnungshof (RH 13)	Die Portale www.kliniksuche.at und www.spitalskompass.at wären zusammenzuführen und um Ergebnisqualitätsinformationen für weitere Behandlungen und Eingriffe zu ergänzen. (TZ 32)	Die Empfehlung bezieht sich auf den intramuralen Bereich.

Anhang 3

Analysetabelle und Empfehlungen in Originalsprache

Anmerkung Leserichtung: Die folgende Tabelle wurde zur besseren Lesbarkeit geteilt, die Zeilen beginnen jeweils auf einer Seite und setzen sich auf der 2. Seite fort. Die Empfehlungs-ID dient als Orientierungshilfe.

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
LSE 1	Retain ÖQMed and create an additional independent quality committee responsible for monitoring the quality of care among contracted and non-contracted physicians.	Given ÖQMed is a subsidiary of the Chamber, it is not independent, further, its current role is purely advisory, with no requirement for the Chamber to implement recommendations made by the board. Such an arrangement is challenging given those measuring the quality of doctors are doctors themselves. To overcome a potential conflict of interest	fehlende Unabhängigkeit	Interessenkonflikt
LSE 2	Relocate ÖQMed to the Ministry of Health and Women's Affairs, and give the organisation control over monitoring the quality of care among contracted and non-contracted physicians.		fehlende Unabhängigkeit	Interessenkonflikt
LSE 3	Maximise the value of data collected through quality indicators through, for example, providing physician feedback and sharing best practice principles.	To maximise the value of data collected on quality, it is recommended that the final agency responsible for measuring and monitoring physician quality employ one or several of the following approaches: providing physician feedback, sharing knowledge (best practice), intervention when poor performance is identified, and potentially, in the long-run, pay-for-performance (see Figure 123). To maximise the potential of all strategies outlined above, it is recommended all interventions be designed in cooperation with the Chamber of Physicians.	Nutzen der Datensammlung muss erhöht werden	Feedbacksysteme
LSE 4	Develop a coding system for outpatient diagnosis, this would allow outcome indicators to be implemented.	This is the case in Austria, where a limited number of structure and process quality indicators are collected to measure the performance of contracted and noncontracted physicians. The focus on structure and process indicators does not follow international trends, which is to measure patient outcomes directly. At present, social health insurance physicians are not required to provide this information. This shortcoming was frequently highlighted in roundtable stakeholder discussions, and has also been recognised by government as evidenced by the topic's inclusion in the latest healthcare reform (i.e. health targets).	ambulante Diagnosedokumentation fehlt	Es gibt wenige Struktur und Prozessindikatoren, Outcome-Indikatoren fehlen

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
LSE 1	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	BMASGK, ÖÄK, ÖQMed	<ul style="list-style-type: none"> - Gesetzesänderung (bzw. Änderung der QS-VO) - Qualitäts-Monitoring durch unabhängige Stelle - Aufgaben zw. ÖQMed und unabhängiger Stelle gut abgrenzen, damit keine Doppelgleisigkeiten passieren. 	k. A.	geänderte QS-VO	k. A.
LSE 2	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	BMASGK, ÖÄK, ÖQMed	- Gesetzesänderung (Änderung der QS-VO)	k. A.	geänderte QS-VO	k. A.
LSE 3	Transparenz der Qualitätsarbeit/Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit	ÖQmed	<ul style="list-style-type: none"> - "Scorecard" für jeden Arzt - mit Risikoadjustierung um Vergleiche zu ermöglichen - Öffentlichen Zugriff auf Regionaldaten statt individueller Arzteebene - Untersuchung, wie positive Änderungen erreicht wurden, auf Arzt-/Ordinations-/Regionalebene - Information über Ergebnisse an alle Ärztinnen/Ärzte - Frühzeitige Interventionen basierend auf Analyse, einzelne Ärztinnen/Ärzte oder Regionen (sicherstellen, dass es nicht an externen Faktoren liegt, wenn etwas nicht klappt) - wenn die Performance sich nicht verbessert wären Disziplinarmaßnahmen denkbar 	Indikatorensystem mit Ergebnissindkatoren --> ambulante Diagnose-dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> - Berichte für einzelne Ärztin/Arzt auf Individueller Ebene (inkl. Vergleich z.B. mit Region - jeweils Risikoadjustiert) - Veröffentlichte Berichte aggregiert auf Regionsebene 	Falls keine Verbesserung eintritt - Sanktionen wie z.B. Disziplinarmaßnahmen
LSE 4	Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung	Fachgruppe Versorgungsprozesse	- z.B. International Classification of Primary Care , 2nd edition (ICPC-2)	k. A.	Verwendung für Indikatoren	k. A.

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
LSE 5	Increase focus on outcome indicators, and where possible link them to aligning process indicators.	by linking outcome and process indicators, changes in patient health outcomes are more likely to be attributed to a change in the provision of care, as opposed to external factors outside the control of the physician. However, it is important to note that combining two indicators into one represents additional work on part of the physician. For this reason, the total number of indicators would have to be reduced. Put simply, there is a tradeoff between the total number of indicators, and the quality of each indicator.	Zuordenbarkeit von Outcome zur Leistungserbringung erhöhen	–
LSE 6	Link quality indicators across all levels of care to develop patient pathways.	Measurement of quality, in Austria and across the world, is largely focused on isolated aspects of care. Such an approach fails to holistically measure quality of care, thereby diminishing the utility of collected information (392,393). For this reason, any additional process and/or outcome indicators implemented at the primary/outpatient care level would ideally be linked with new or existing inpatient quality indicators. By doing so, patient pathways are created which facilitate understanding of healthcare performance at the system level (an example of a COPD patient pathway within the UK's NHS is provided in Table 85). Further, linking quality indicators across the spectrum of care fosters joint accountability across Federal Government, Länder and social health insurance.	Ganzheitlicher Messansatz wird benötigt – Abbildung von Patientenpfaden	Performance auf Systemebene verstehen, gemeinsame Verantwortung
LSE 7	Allocate responsibility for developing and implementing indicators to the relevant professional group within the Ständiger Koordinierungsausschuss. However, any new indicators should be developed in consultation with the medical community.	As part of the 2013 Healthcare Reform, Responsibility for the quality strategy falls under the remit of the professional group dedicated to supply processes. That is, the professional group (Fachgruppe) could develop indicators in-house or commission a relevant organisation to undertake the work (e.g. Federal Institute for Quality in the Health Service, BIQG (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen), which sits within GÖG). Regardless of whether indicators are developed in-house or commissioned by an external organisation, members of the medical community should be involved in the decision-making process. Failing to adequately consult physicians is likely to delay implementation of and participation in the collection of quality indicators.	Gesundheitsreform 2013 gibt Verantwortung für die Einführung an Fachgruppe Versorgungsprozesse	Notwendigkeit Ärztinnen/Ärzte einzubeziehen
IHS 1	Von europäischen Vorbildern lernen und allen voran die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich institutionell neu ordnen.	da derzeit institutionell vorwiegend im Kompetenzbereich der Landesvertretung verankert, was zu Zielkonflikten führt (ÄK ist alleinige Berufs- und Interessenvertretung, lässt Ärztinnen und Ärzte zum Beruf zu, hat wesentliche Kompetenzen für die Ausgestaltung der Zulassung, setzt auch die Standards für die Qualitätssicherung und kontrolliert sie)	fehlende Unabhängigkeit	Interessen-/ Zielkonflikt

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
LSE 5	Diagnose-dokumentation und Indikatoren-Entwicklung	Fachgruppe Versorgungsprozesse und ihre Auftragnehmer, Beteiligung der Ärzteschaft	- Orientierung an Charakteristika guter Performance; Incikatoren laut Campbell et al (2002) siehe LSE-Bericht. 2 Indikatoren in einem Indikator verbinden, Achtung: Mehraufwand für Leistungserbringer in der Dokumentation. Außerdem sind Prozessindikatoren meist einfacher zu erheben und weiter entwickelt, während Outcome-Indikatoren zwar ideal für Aussagen sind, muss hier ein Gleichgewicht zwischen Aufwand und Aussagekraft hergestellt werden und die Anzahl der jeweiligen Indikatoren entsprechend	ambulante Diagnose-dokumentation	Pfade, die eine Zuordnung der Veränderungen in den Gesundheitsergebnissen zur Leistungserbringung vs. externen Faktoren außerhalb des Einflusses der Leistungserbringer ermöglichen	k. A.
LSE 6	Diagnose-dokumentation und Indikatoren-Entwicklung	Fachgruppe Versorgungsprozesse bzw. Auftragnehmer der Fachgruppe	- Alle neuen Indikatoren sollen mit bestehenden und neuen Indikatoren aus dem intramuralen Bereich verlinkt werden. --> Damit werden Patientenpfade abbildbar, siehe Beispiel Patient pathway quality indicators for COPD (UK NHS), LSE Seite 389	ambulante Diagnose-dokumentation	abgebildete Patientenpfade	Gemeinsame Verantwortung von Bund, Ländern und SV für das gesamte Versorgungsspektrum
LSE 7	Diagnose-dokumentation und Indikatoren-Entwicklung	Zielsteuerungspartner, Fachgruppe Versorgungsprozesse, Beteiligung der Ärzteschaft	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
IHS 1	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖÄK sowie weitere unabhängige Stelle für die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich	- Gesetzesänderung (bzw. Änderung der QS-VO) basierend auf Erfahrungen anderer Länder mit der Umsetzung der bereits in den bestehenden Rechtsgrundlagen festgehaltenen Ziele der Qualitätsarbeit	k. A.	k. A.	neue institutionelle Verankerung

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
IHS 2	Revision des momentanen Evaluierungsverfahren mit Einführung eines unabhängigen Fremd-Assessments und die Verbindung mit Qualitätsmanagement-Aktivitäten	weist fundamentale Schwächen auf und entspricht nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand	Methodische Probleme beim Qualitätssicherungsverfahren	–
IHS 3	Weiterführung und Intensivierung von bereits bestehenden Qualitätsbemühungen	A-IQI, A-OQI wo schon in Teilprojekten umgesetzt, Ärztliches Qualitätszentrum, dass bei QS und QM Aktivitäten unterstützt, DMP Therapie Aktiv, CIRSmedical Gütezeichen der ÖQA – da diese einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in Österreich leisten und auch von der Bereicherschaft der Ärztinnen/Ärzte rechnen, Qualitätsarbeit zu implementieren	Bestehender Beitrag zur Qualitätssicherung	Bereitschaft für Qualitätsarbeit
IHS 4	Europaweite Systeme wie etwa EPA zukünftig in Österreich gesetzlich anzuwenden	derzeitiges System (Selbstevaluierung und stichprobenartige Kontrolle durch ÖQMed) weist fundamentale Schwächen auf und entspricht nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand.	Methodische Probleme beim Qualitätssicherungsverfahren	–
IHS 5	Die Erfüllung der Anforderungen im Bereich Continuing Medical Education soll als Voraussetzung für die Rezertifizierung von Ärztinnen gelten und dabei strukturierter am Bedarf der Patientenversorgung ausgerichtet sein.	Fortbildung ist gesetzlich verpflichtend, aber bei nicht Einhaltung gibt es keine Konsequenzen. Außerdem sind beim E-Learning inkl. Literaturstudium die Regeln so lose, dass theoretisch jemand in Vertretung der Ärztin/des Arztes die Fortbildung absolvieren könnte.	fehlende Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Fortbildungsverpflichtungen	Regelungen bzgl. Literaturstudium und E-Learning unpräzise
RH 1	Qualitätsstandards mit verpflichtenden Kriterien bzw. Vorgaben wären – wie mit den Ländern vereinbart – ehebaldig zu entwickeln und deren Einhaltung sicherzustellen, um damit das vom Gesetzgeber mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz verfolgte Ziel umzusetzen. (TZ 12)	Der RH hielt fest, dass das Ministerium seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 keinen Qualitätsstandard per Verordnung als verbindliche Bundesqualitätsrichtlinie erlassen hatte. Aus Sicht des RH war nicht die Rechtsform des Qualitätsstandards entscheidend, sondern vielmehr die Sicherstellung seiner verbindlichen Anwendung.	bisher kein Qualitätsstandard verbindlich erlassen	–

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
IHS 2	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	k. A.	Nachbessern bei der Methodik und Abwicklung des derzeit bestehenden Qualitätssicherungsverfahrens: - z.B. durch das deutsche System des verpflichtenden Qualitätsmanagements in Arztpraxen (auch überwiegend Selbstevaluierung aber es ist QM statt QS und umfassender aufgebaut. Bei vollständiger Einführung ist die Ordination sofort bereit für eine Zertifizierung mit externem Audit, was dann wiederum von vielen in Anspruch genommen wird), - französische kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung oder - NHS Zugang zu Transparenz und qualitativ hochwertiger Leistungserbringung - Unterstützung des/der einzelnen Arztes/Ärztin in der Qualitätsarbeit	k. A.	k. A.	k. A.
IHS 3	Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit/ Diagnose-dokumentation und Indikatoren-Entwicklung	k. A.	- A-OQI entwickeln und implementieren - Ärztliches Qualitätszentrum als Unterstützung der Kammermitglieder bei ihrer Qualitätsarbeit - DMP Therapie Aktiv - CIRSmedical - Patientinnenbefragungen - ÖQA Austria Gütezeichen für Arztpraxen	k. A.	k. A.	k. A.
IHS 4	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	k. A.	- Gesetzesänderung	k. A.	k. A.	k. A.
IHS 5	Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit	k. A.	- Verankerung der kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung als Bestandteil der Wiederzulassung als Arzt/Ärztin - Sanktionen (ggf. Entzug der Zulassung) bei Verstößen	k. A.	k. A.	k. A.
RH 1	verbindliche Standards	BMASGK	- Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Vorgaben - Verordnung oder - andere geeignete Art die Verbindlichkeit zu deklarieren	k. A.	Qualitätsstandards mit geklärtter Verbindlichkeit	k. A.

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
RH 2	Es wären ehestens Nachfolgeregelungen für die ausgelaufenen Bundesqualitätsleitlinien zu erarbeiten und der Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs- Früherkennung durch Mammographie-Screening wäre ehebaldig auf der Website des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz als Bundesqualitätsleitlinie zu veröffentlichen. Künftig wäre bei der Veröffentlichung von Qualitätsstandards klarzustellen, ob deren Anwendung verbindlich oder nur empfohlen ist.	Der RH kritisierte, dass das Ministerium mit Unterstützung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen in den zwölf Jahren seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes insgesamt nur drei Bundesqualitätsleitlinien veröffentlicht hatte und dass diese mittlerweile nicht mehr gültig waren, weil das Ministerium nicht rechtzeitig für Nachfolgeregelungen gesorgt hatte. Der RH bemängelte, dass das Ministerium den Qualitätsstandard Patient Blood Management zwar auf seiner Website veröffentlichte, dabei aber auf eine Bezeichnung als Bundesqualitätsrichtlinie oder Bundesqualitätsleitlinie verzichtete und somit nicht klarstellte, ob der Qualitätsstandard verbindlich anzuwenden ist.	zu wenige und ungültige Qualitätsleitlinien	Unklarheit über Gültigkeit/ Verbindlichkeit von Qualitätsstandards
RH 3	Gemeinsam mit den Ländern und den Sozialversicherungsträgern wäre eine zweckmäßige Kategorisierung von Qualitätsstandards vorzunehmen. (TZ 14)	(1) Der RH kritisierte, dass das Ministerium die bei der Evaluierung der Metaleitlinie erhaltenen Hinweise auf mangelnde Präzision der im Gesundheitsqualitätsgesetz verwendeten Begriffe und Definitionen sowie auf unklare Rollen und Entscheidungsfindungsprozesse bei der Erstellung von Qualitätsstandards nicht in die Novellierung des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Zuge der Gesundheitsreform 2013 einfließen ließ. (2) Die vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeitete Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards schuf diesbezüglich keine Abhilfe, sondern führte zusätzliche Begriffe ein, die nicht klar definiert, nicht mit Beispielen veranschaulicht oder nicht eindeutig voneinander abgegrenzt waren. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auch kritisch auf die Empfehlung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen, nationale Versorgungsleitlinien nur zu erstellen, wenn für deren Umsetzung bereits ein bundesweit einheitlich strukturiertes Vorgehen geplant war. Dies stand im Widerspruch zur Zielsetzung des Gesundheitsqualitätsgesetzes, gerade mit Hilfe von Qualitätsstandards dieses bundesweit einheitliche Vorgehen in der Qualitätsarbeit herzustellen (3) Der RH bemängelte, dass auch zwölf Jahre nach Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes keine Klarheit über die Qualitätsstandards und deren Erstellung und damit über ein Kernelement der Qualitätsarbeit des Bundes gegeben war. Auch die zur Einführung der Zielsteuerung-Gesundheit erlassenen Normen und geschlossenen Verträge schufen diesbezüglich keine Klarheit, sondern enthielten zusätzliche Begriffe und Kategorien wie integrierte Versorgungsprogramme oder Mindestanforderungen. Der RH stellte in diesem Zusammenhang kritisch fest, dass die von ihm immer wieder kritisierte Kompetenzzersplitterung im Gesundheitswesen auch die Qualitätsarbeit des Bundes im Sinne der Patientinnen und Patienten erheblich beeinträchtigt.	Unklarheit der Begriffe und Kernelemente	Qualitätsstandard, – leitlinie, Versorgungsleitlinie Kompetenz– zersplitterung beeinträchtigt auch Qualitätsarbeit des Bundes

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
RH 2	verbindliche Standards	BMASGK	<ul style="list-style-type: none"> - „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz“ - Anwendung der Instrumente Verordnung (Richtlinie) oder Empfehlung (Leitlinie) in Hinblick auf die Klarstellung des Verbindlichkeitsgrades - regelmäßige Aktualisierung von Qualitätsstandards 	k. A.	Rechtzeitig aktualisierte Qualitätsstandards mit eindeutiger Verbindlichkeit (Leitlinie oder Richtlinie)	k. A.
RH 3	verbindliche Standards	BMASGK, Zielsteuerungs-partner, GÖG	<ul style="list-style-type: none"> - Begriffe und Definitionen (Qualitätsstandard, Bundesqualitätsleitlinie und Bundesqualitätsrichtlinie, Leitlinie, Nationale Versorgungsleitlinie, integriertes Versorgungsprogramm, Standard für Versorgungsmanagement und bundeseinheitlicher Mindestanforderung sowie deren Verhältnis zueinander) sowie Rollen und Entscheidungsfindungsprozesse bei der Erstellung von Qualitätsstandards im Rahmen in Gesundheitsqualitätsgesetz und vor allem der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz klarstellen und vereinheitlichen 	k. A.	aktualisierte Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz	k. A.

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
RH 5	Der Bundes-Zielsteuerungskommission wäre ein Beschlussantrag zur Priorisierung und bundesweiten Ausrollung weiterer integrierter Versorgungsprogramme vorzulegen und in der Folge wäre die zügige Entwicklung und Implementierung dieser Programme sicherzustellen. (TZ 17)	Der RH hielt kritisch fest, dass das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarte Ziel, integrierte Versorgungsprogramme für häufige und/oder chronische Krankheiten zu entwickeln, nicht erreicht wurde, weil mit Ausnahme des erwähnten, ab dem Jahr 2007 eingeführten Disease Management Programms „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ kein umsetzungsreifes integriertes Versorgungsprogramm für eine weitere chronische Krankheit entwickelt wurde. Darüber hinaus erfolgte in der Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016 auch kein Beschluss der BZK zur Priorisierung von Krankheitsbildern für weitere integrierte Versorgungsprogramme. Der RH vertritt die Ansicht, dass integrierte Versorgungsprogramme bzw. Disease Management Programme geeignete Instrumente zur Verbesserung der Behandlungsqualität für chronisch Kranke wären	Integrierte Versorgungsprogramme fehlen	Priorisierung für weitere IV-Programme wurde nicht vorgenommen
RH 6	Es wäre ehestens mit der Entwicklung von berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme – zunächst konzentriert auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – zu beginnen, diese in der Folge einzuführen und deren Einhaltung im Wege einer periodischen Berichterstattung zu überprüfen. (TZ 19)	Der RH hielt fest, dass das im Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthaltene Ziel verfehlt wurde, bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens verbindlich festzulegen. Ebenso wenig konnte die vorgesehene periodische Berichterstattung zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme unter Einbeziehung des niedergelassenen Bereichs etabliert werden.	bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme noch nicht für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens verbindlich	periodische Berichterstattung zur Umsetzung fehlt
RH 7	Auf eine Umsetzung des in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erneuerten Bekenntnisses zu einer Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich auf Grundlage des beschlossenen Konzepts innerhalb der Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 wäre hinzuwirken. (TZ 26)	Der RH hielt kritisch fest, dass die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherungsträger das Ziel, für den ambulanten Bereich eine Ergebnisqualitätsmessung zu entwickeln, zu pilotieren und umzusetzen, in der ersten Zielsteuerungsperiode verfehlten. Damit erfolgte im niedergelassenen Bereich keine bundesweit einheitliche Messung der Ergebnisqualität. Maßgeblich dafür war u.a., dass eine einheitliche und standardisierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation als Voraussetzung für die Messung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten und damit auch im niedergelassenen Bereich immer noch fehlt. Dies, obwohl sich alle Systempartner bereits auf die verbindliche Einführung der Diagnosedokumentation geeinigt hatten und ein Pilotprojekt die technische Durchführbarkeit bestätigt hatte. (TZ 27)	Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich fehlt	ambulante Diagnose-dokumentation noch nicht aufgebaut

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
RH 5	Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit	BMASGK, Zielsteuerungs-partner	– Beschlussantrag zur Priorisierung und Ausrollung von IV-Programmen	k. A.	Vorgaben für Umsetzungsreife IV-Programme	Umsetzung der IV-Programme
RH 6	verbindliche Standards	BMASGK	– Schaffen einheitlicher Rechtsgrundlagen für die verbindliche Umsetzung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle betroffenen Berufsgruppen – schrittweise einführen – evaluieren – periodische Berichterstattung zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme unter Einbeziehung des niedergelassenen Bereichs etablieren	k. A.	k. A.	periodische Berichte über die Umsetzung der Mindestanforderungen
RH 7	Diagnose-dokumentation und Indikatoren-Entwicklung	BMASGK, Zielsteuerungs-partner	– ambulante Diagnosedokumentation umsetzen – ambulante Leistungsdokumentation umsetzen – Verpflichtung für alle Gesundheitsdiensteanbieter/innen – Indikatorenentwicklung	einheitliche Diagnosen- und Leistungs-dokumentation	k. A.	k. A.

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
RH 8	Auf eine ehebaldige gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosedokumentation wäre hinzuwirken. (TZ 27)	Der RH hielt fest, dass die Einführung der ambulanten Diagnosedokumentation bereits in der im Jahr 2005 abgeschlossenen Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegt und deren Ziele sowie der erwartete Nutzen im Jahr 2013 in der Bundesgesundheitskommission außer Streit gestellt wurden. Der RH hob hervor, dass sich mit Bund, Ländern und Sozialversicherung die Systempartner und wesentlichen Financiers des Gesundheitswesens — nicht zuletzt im Bundes-Zielsteuerungsvertrag — auf die verbindliche Einführung der Diagnosedokumentation geeinigt hatten. Überdies hatte ein Pilotprojekt die technische Durchführbarkeit bestätigt und der Ergebnisbericht die zur Umsetzung erforderlichen begleitenden Maßnahmen schlüssig dargelegt.	ambulante Diagnosedokumentation fehlt	Bezüglich Einführung säumig trotz grundsätzlicher Einigung und positiver Machbarkeitsprüfung
RH 9	Die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehenen Vorgaben hinsichtlich der Gestaltung des Qualitätsberichts der ÖQMed wären festzulegen. (TZ 29)	Der RH kritisierte in diesem Zusammenhang auch das Fehlen von Vorgaben des Ministeriums zur Gestaltung des Qualitätsberichts, wie sie die Qualitätssicherungsverordnung z. B. hinsichtlich der Mängelstatistik vorsah.	fehlende Vorgaben	Fehlen von Vorgaben zur Gestaltung des Qualitätsberichtes
RH 10	Die Qualitätsberichte der ÖQMed wären in Zukunft auf Erfüllung der Vorgaben zu überprüfen und danach im Sinne der Transparenz auch auf der eigenen Website zu veröffentlichen. (TZ 29)	Der RH stellte kritisch fest, dass die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehene Darstellung der aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen in den Qualitätsberichten der ÖQMed fehle und dass das Ministerium dies nicht beanstandet.	fehlende Transparenz	abgeleitete Maßnahmen fehlen in Qualitätsberichten
RH 11	Im Sinne der Stärkung der Transparenz bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen wären Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. (TZ 30)	Der RH kritisierte, dass die bundeseinheitliche, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung bislang nicht umgesetzt wurde, obwohl ihr Nutzen bereits im Jahr 2005 in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens hervorgehoben wurde.	fehlende Vorgaben	Qualitätsberichte (mit Ergebnisqualität) fehlen
RH 12	Auf Grundlage einer künftigen Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich wären regelmäßige Berichte über die ambulante Ergebnisqualität zu erstellen. (TZ 30)	Der RH bemängelte, dass Vorgaben des Ministeriums — obwohl seit 2005 gesetzlich festgelegt — hierfür fehlten und dass es mangels entsprechender Messung keine regelmäßigen Berichte über die Ergebnisqualität im ambulanten Bereich gäbe.	fehlende Transparenz	Qualitätsberichte (mit Ergebnisqualität) fehlen

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
RH 8	Diagnosedokumentation und Indikatoren-Entwicklung	BMASGK, Zielsteuerungspartner	<ul style="list-style-type: none"> - Gesetzesänderung - Umsetzungsmaßnahmen laut Ergebnisbericht des Pilotprojekts zur technischen Durchführbarkeit abarbeiten (z.B. Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit in den Arztsoftware-Produkten, Schulung für Codierung) 	k. A.	gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnose-dokumentation	Indikatoren-entwicklung
RH 9	Transparenz der Qualitätsarbeit	BMASGK, ÖQMed	<ul style="list-style-type: none"> - Formulierung von Berichts-anforderungen insb. hinsichtlich Darstellung der Ergebnisabweichung zwischen Selbstevaluierung und Validitätsprüfung, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und Einhaltung der laut QS-VO geforderten Vorgaben 	k. A.	Vorgaben in QS-VO zur Gestaltung des Berichtes	Erstellung des Berichtes gemäß Vorgaben
RH 10	Transparenz der Qualitätsarbeit	BMASGK, ÖQMed	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung - Veröffentlichung des Berichtes auf der Webseite des BMASGK 	Bericht der ÖQMed, Berichts-anforderungen	k. A.	Veröffentlichung des Berichtes
RH 11	Transparenz der Qualitätsarbeit	BMASGK, Zielsteuerungspartner	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgaben für Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung 	k. A.	Verordnung oder Vorgaben	regelmäßige Qualitätsberichte
RH 12	Transparenz der Qualitätsarbeit	BMASGK	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Erstellung von Berichten über die ambulante Ergebnisqualität 	ambulante Diagnosedokumentation	Qualitätsberichterstattung inkl. regelmäßige Berichte über die ambulante Ergebnisqualität	regelmäßige Qualitätsberichte

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
RH 14	Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich aus Routinedaten wären verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung im Rahmen einer beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz eingerichteten neutralen Plattform anzubieten. (TZ 32)	Der RH kritisierte, dass es für die Patientinnen und Patienten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch zwölf Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes noch keine Möglichkeit gibt, sich anhand vergleichbarer und bundesweit einheitlicher Kriterien über die Behandlungsqualität zu informieren.	fehlende Transparenz	keine vergleichbaren Informatinen zur Behandlungsqualität
RH 15	Die künftigen Qualitätssicherungsverordnungen wären rechtzeitig vorzubereiten, um diese nahtlos bei Auslaufen der jeweiligen Vorgängerverordnung in Kraft setzen zu können. (TZ 21)	Der RH hielt kritisch fest, dass die Vorgabe des Ärztegesetzes, wonach eine Evaluierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einschließlich Gruppenpraxen zumindest alle fünf Jahre durchzuführen wist, aufgrund der Erstreckung der Gültigkeitszeiträume der bisher erlassenen Qualitätssicherungsverordnungen und der damit einhergehenden Verlängerung der Evaluierungszyklen auf jeweils sechs Jahre bislang nicht eingehalten wurde.	fehlende / zu späte Neuauflage	Nichteinhaltung der Zeitvorgabe des Ärztegesetzes, Erstreckung des Gültigkeitszeitraums
RH 16	Das IT-Projekt, das künftig eine tagesaktuelle elektronische Verfügbarkeit der zur Führung der Ärzteliste notwendigen Daten bundesweit sicherstellen sollte, wäre umzusetzen und damit eine durchgehende Aktualität des Qualitätsregisters zu gewährleisten. (TZ 22)	Der RH stellte kritisch fest, dass das Qualitätsregister der ÖQMed aufgrund der unterschiedlichen Handhabung der Stammdatenpflege durch die Landes-Ärzttekammern nicht für alle Bundesländer durchgehend aktuell gehalten werden konnte. Die Notwendigkeit, die von den Landes-Ärzttekammern gelieferten Daten zum Teil manuell einzupflegen, stellte eine potenzielle Fehlerquelle dar.	fehlende Aktualität der Stammdaten	Fehlerquelle manuelle Eingabe
RH 17	Im Rahmen des IT-Projekts wäre auf eine Erweiterung des Stammdatensatzes um eine Ordinationsnummer hinzuwirken. (TZ 22)	Der RH stellte weiters fest, dass die Stammdaten aus der Ärzteliste mangels eines der Arztnummer vergleichbaren Identifikators im Qualitätsregister nicht eindeutig einer Ordinationsstätte zugeordnet werden konnten, wodurch sich praktische Probleme bei der Abwicklung des Evaluierungsverfahrens ergaben.	fehlende Ordinationsnummer	Probleme bei Abwicklung der Evaluierung
RH 18	In Zukunft wäre beim Abschluss des Evaluierungsverfahrens transparent zu machen, ob die Ausstellung des Qualitätszertifikats allein auf der Grundlage der Selbstevaluierung erfolgte oder ob das Verfahren auch eine Validitätsprüfung umfasste. (TZ 25)	(1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die ÖQMed auch jenen Ordinationen ein Qualitätszertifikat ausstellte, bei denen sie keine Validitätsprüfung der im Rahmen der Selbstevaluierung gemachten Angaben durchführte. Nach Ansicht des RH wäre — nicht zuletzt im Hinblick auf die erwähnten unterschiedlichen Mängelquoten — zwischen den Ergebnissen der Selbstevaluierung und jenen der Überprüfung vor Ort durch geschulte Qualitätssicherungsbeauftragte zu unterscheiden und dies auch beim Verfahrensabschluss zum Ausdruck zu bringen.	Zertifikat, obwohl keine Validitätsprüfung der Selbstangabe	–

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
RH 14	Transparenz der Qualitätsarbeit	BMASGK	- Schaffen einer neutralen Informationsplattform	ambulante Diagnosedokumentation	k. A.	k. A.
RH 15	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖÄK, ÖQMed	- rechtzeitige Aktualisierung	k. A.	Veröffentlichung der Verordnung	k. A.
RH 16	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖÄK, ÖQMed	- elektronische aktuelle Datenwartung	k. A.	Tagesaktuelle Ärzteliste	k. A.
RH 17	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖÄK, ÖQMed	- einführen eines Identifikators (Ordinationsnummer) für Ordinationen (ergänzt zur Arztnummer) im Stammdatensatz	k. A.	k. A.	k. A.
RH 18	Transparenz der Qualitätsarbeit	ÖÄK, ÖQMed	- Unterscheidung am Zertifikat, ob die Ausstellung auf Basis Selbstevaluierung oder Validitätsprüfung erfolgte	Ergebnisse des Evaluierungsverfahren/der Validitätsprüfung	geändertes Zertifikat	k. A.

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
RH 19	Im Interesse der Patientinnen und Patienten wäre künftig eine lückenlose Evaluierung sicherzustellen. (TZ 25)	(2) Der RH kritisierte, dass Ärztinnen und Ärzte durch Verweigerung der Teilnahme am Evaluierungsverfahren die gesetzlich vorgesehene Qualitätssicherung zumindest verzögern und damit das Ziel der Qualitätssicherungsverordnung konterkarieren konnten. Zwar wurden dafür in den meisten Fällen Geldstrafen verhängt, diese waren jedoch geringer als jene für andere Verfehlungen im Zusammenhang mit der Evaluierung. Aus Sicht des RH war die Verhältnismäßigkeit somit nicht gegeben. Er hielt vor diesem Hintergrund fest, dass laut der Österreichischen Ärztekammer eine fortwährende Verweigerung der Teilnahme am Evaluierungsverfahren sogar zum Wegfall der gemäß Ärztegesetz zur Berufsausübung erforderlichen Vertrauenswürdigkeit und damit zu einer Streichung aus der Ärzteliste führen würde.	Verweigerung der Evaluierungsteilnahme	Verzögerung, zu geringe Strafen
RH 20	Die Antwortmöglichkeiten in den Fragebögen zur Selbstevaluierung wären neutraler zu gestalten. (TZ 23)	Der RH stellte fest, dass die Evaluierungsfragebögen ausschließlich Entscheidungsfragen (Antwortmöglichkeiten „ja/nein“) enthielten und dass ihre (auch farbliche) Gestaltung eine Beantwortung mit „ja“ – im Sinne einer Bestätigung, dass das geforderte Qualitätskriterium erfüllt sei – nahelege. Er sah dies im Zusammenhang mit der aus der Selbstbewertung resultierenden geringen Mängelquote kritisch – nur 3 % der Ordinationen wiesen demnach zumindest einen Mangel auf.	Methodische Probleme beim Qualitäts-sicherungs-verfahren	methodisch fragwürdige Abfrageweise
RH 21	Die Einhaltung der Hygieneverordnung wäre anhand konkreter Anforderungen an die Ordinationsstätten zu überprüfen; zu diesem Zweck wären ausgewählte und für die jeweilige Fachrichtung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte maßgebliche Vorgaben der Hygieneverordnung in die Fragebögen zur Selbstevaluierung aufzunehmen. (TZ 23)	Der RH hielt es für unzweckmäßig, dass die Einhaltung der Hygieneverordnung lediglich pauschal bejaht oder verneint werden kann, ohne auf die detaillierten und fachrichtungsspezifischen Vorgaben der Verordnung näher einzugehen. Nach Ansicht des RH sollte die Selbstevaluierung vielmehr auch dazu genutzt werden, die Vorgaben der Hygieneverordnung zu thematisieren und über deren Inhalte zu informieren.	Methodische Probleme beim Qualitätssicherungs-verfahren	methodisch fragwürdige Abfrageweise
RH 22	In künftigen Qualitätsberichten wären sowohl die Mängelquote bei der Selbstbewertung durch die Ärztinnen und Ärzte als auch jene bei der Validitätsprüfung durch die Qualitätssicherungsbeauftragten auszuweisen und einander gegenüberzustellen. Darüber hinaus wäre die Entwicklung der Abweichungen zu beobachten und es wären Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben, etwa in Form von Informations- und Beratungsangeboten, zu setzen (TZ 29)	Der RH stellte kritisch fest, dass die Mängelstatistik des 2013 veröffentlichten Berichts nicht zwischen den Ergebnissen der Selbstevaluierung und jenen der Validitätsprüfung unterschied. Das Ausmaß der Abweichung im laufenden Zyklus zwischen rd. 3 % bei der Selbstevaluierung und rd. 18 % bei der Validitätsprüfung zeigte einen klaren Handlungsbedarf auf, weshalb der RH diese Information im Rahmen einer transparenten Berichterstattung für unverzichtbar hält.	fehlende Transparenz	Mängelquote bei Selbstevaluierung vs. Validitätsprüfung fehlt in Qualitätsbericht
RH 23	In künftigen Qualitätsberichten wären die aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen darzustellen, wie dies die Qualitätssicherungsverordnung vorsieht. (TZ 29)	Der RH stellte kritisch fest, dass die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehene Darstellung der aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen in den Qualitätsberichten der ÖQMed fehlt und dass das Ministerium dies nicht beanstandete.	fehlende Transparenz	qualitätssichernde Maßnahmen fehlten in Qualitätsbericht

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
RH 19	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖÄK, ÖQMed	- Erhöhung der Geldstrafen bei Verweigerung/Verzögerung der Teilnahme an der Evaluierung	k. A.	k. A.	k. A.
RH 20	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖQMed	- Überarbeitung des Fragebogens	k. A.	neu gestalteter Fragebogen	k. A.
RH 21	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖQMed	- Überarbeitung des Fragebogens	k. A.	neu gestalteter Fragebogen	k. A.
RH 22	Transparenz der Qualitätsarbeit/Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	ÖQMed	- Anpassung der Berichte - Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben, etwa in Form von Informations- und Beratungsangeboten	k. A.	adaptierte Berichte	k. A.
RH 23	Transparenz der Qualitätsarbeit	ÖQMed	- Anpassung der Berichte	k. A.	adaptierte Berichte	k. A.

ID	Empfehlung	Begründung für Empfehlung (Textteile aus den Berichten) – wird ausgeblendet – dient als Quelle und Erklärung im Hintergrund	Begründung Hauptschlagwort	Begründung weitere Schlagworte
RH 24	Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung wären zu entwickeln. (TZ 8)	Der RH hielt fest, dass die im überwiegend öffentlichen Interesse wahrzunehmenden Qualitätssicherungsagenden (TZ 23, TZ 24, TZ 29) von der Hauptaufgabe der Österreichischen Ärztekammer, nämlich der Vertretung der beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte, nicht klar getrennt waren. Zwar leistet den wesentlichen Teil der Qualitätsarbeit die ÖQMed, diese ist jedoch sowohl finanziell als auch organisatorisch eng mit der Österreichischen Ärztekammer verflochten. Der RH wies darauf hin, dass dieser Umstand zur Entstehung von Interessenkonflikten führen kann. (S 21)	fehlende Unabhängigkeit	Interessenkonflikt
RH 25	Möglichkeiten zur Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen wären zu prüfen. (TZ 24)	Der RH hielt fest, dass der Anteil der Ordinationen, bei denen im Rahmen der Validitätsprüfung zumindest ein Mangel festgestellt wurde, bei rd. 18 % lag und damit vom Ergebnis der Selbstevaluierung, wonach nur 3 % aller Ordinationen einen Mangel aufwiesen, deutlich abweicht. Der RH gab in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Wahrscheinlichkeit einer Validitätsprüfung aus Sicht der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes gering ist. Die Stichprobengröße von rd. 6,7 % bedeutet nämlich, dass – statistisch gesehen – der Besuch einer bestimmten Ordination lediglich alle 14 Evaluierungszyklen und damit alle 70 Jahre erfolgte.	Wahrscheinlichkeit einer Prüfung ist zu gering	Abweichung zwischen Selbstangabe und Prüfung

ID	Cluster/Ziel	Adressaten und Mitwirkende	Inhalte/Methoden/Umsetzungsschritte	benötigte Daten/Informationsbasis	Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse der Empfehlung	Welche Schritte sollen nach Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgen?
RH 24	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	BMASGK, ÖÄK, ÖQMed	– Im Interesse einer finanziellen Unabhängigkeit der ÖQMed wäre es nach Ansicht des RH zweckmäßig, die Einhebung eines Beitrags zur Kostendeckung von den am Verfahren Beteiligten (insbesondere Ärztinnen und Ärzten, Sozialversicherungsträgern) zu ermöglichen. Zur Vermeidung von Interessenkonflikten ist es nach Ansicht des RH ebenso zweckmäßig, organisatorische Unabhängigkeit vorzusehen.	k. A.	k. A.	k. A.
RH 25	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen	BMASGK, ÖÄK, ÖQMed	– So könnte etwa zur Sicherstellung der geforderten Qualität und im Sinne eines Beratungsansatzes bei Ordinationsneugründungen eine Validitätsprüfung verbindlich vorgeschrieben werden. Der dafür entstehende zusätzliche Aufwand könnte mit der Einhebung eines Beitrags von den am Verfahren Beteiligten bedeckt werden.	k. A.	k. A.	k. A.