



**Rechnungshof
Österreich**

Unabhängig und objektiv für Sie.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

III-168 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP

Reihe BUND 2018/37



Bericht des Rechnungshofes

Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im Juli 2018

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8876
Fax (+43 1) 712 94 25
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

facebook/RechnungshofAT
Twitter: @RHSprecher

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Kurzfassung	7
Kenndaten	11
Prüfungsablauf und –gegenstand	11
Grundlagen der Qualitätsarbeit	12
Allgemeines	12
Gesundheitsqualitätsgesetz	13
Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen	14
Zielsteuerung–Gesundheit	14
Ärztegesetz und Qualitätssicherungsverordnung	18
Wesentliche Instrumente der Qualitätsarbeit	22
Qualitätsstandards	23
Überblick und Ziele	23
Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz	25
Erstellung von Qualitätsstandards	29
Qualitätsstandards in der Zielsteuerung–Gesundheit	31
Qualitätsmessung	38
Überblick und Ziele	38
Qualitätsmessung durch die ÖQMed	39
Qualitätsmessung in der Zielsteuerung–Gesundheit	48
Qualitätsberichterstattung und Transparenz	52
Überblick und Ziele	52
Qualitätsberichterstattung durch die ÖQMed	54
Qualitätsberichterstattung gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz	56
Qualitätsberichterstattung in der Zielsteuerung–Gesundheit	57
Schlussempfehlungen	62
Anhang: Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger	66

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Qualitätsdimensionen _____	14
Tabelle 2:	Ziele aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 mit unmittelbarem Bezug auf die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich _____	15
Tabelle 3:	Überblick Qualitätsstandards _____	23
Tabelle 4:	Regelungsgegenstand und Gültigkeit der als Bundesqualitätsleitlinien zur Anwendung empfohlenen Qualitätsstandards ____	27
Tabelle 5:	Überblick Qualitätsmessung _____	39
Tabelle 6:	Überblick Qualitätsberichterstattung _____	52
Tabelle 7:	Funktionen der Qualitätsberichterstattung _____	53

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Arbeitsstruktur Zielsteuerung–Gesundheit 2013 bis 2016 (vereinfachte Darstellung) _____	16
Abbildung 2:	Struktur der ÖQMed _____	20
Abbildung 3:	Ablauf des Evaluierungsverfahrens _____	40

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
BZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
bzw.	beziehungsweise
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
EDV	elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
EUR	Euro
GF	Geschäftsführerin bzw. Geschäftsführer
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F.
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GZ	Geschäftszahl
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017 i.d.g.F.
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 10
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
lit.	litera (Buchstabe)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
PDF	Portable Document Format

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VfSlg vgl.	Erkenntnisse und Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofs vergleiche
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Wirkungsbereich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Kurzfassung

Prüfungsablauf und –gegenstand

Der RH überprüfte von Dezember 2016 bis April 2017 ausgewählte Träger der Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, nämlich das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und die Österreichische Ärztekammer, die mit der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (**ÖQMed**) im übertragenen Wirkungsbereich für das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen tätig war. Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Organisation, ausgewählte Inhalte und die Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich zu beurteilen. Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2016. (TZ 1)

Die Angelegenheiten der Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG–Novelle 2017 ressortieren diese Angelegenheiten im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlungen ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**). (TZ 1)

Grundlagen der Qualitätsarbeit

Seit der Gesundheitsreform 2005 standen die Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen durch systematische Qualitätsarbeit im Fokus der Gesundheitspolitik des Bundes. (TZ 2)

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Vor diesem Hintergrund entstanden in den darauffolgenden Jahren kontinuierlich neue Grundlagen für die Qualitätsarbeit des Bundes mit zahlreichen Absichtserklärungen und Zielen: das **Gesundheitsqualitätsgesetz** aus dem Jahr 2005, die **Qualitätsstrategie** für das österreichische Gesundheitswesen im Jahr 2010 und der im Rahmen einer erneuten Gesundheitsreform im Jahr 2013 beschlossene **Bundes-Zielsteuerungsvertrag**. (TZ 3, TZ 4, TZ 5)

Im Rahmen der Gebarungsüberprüfung stellte der RH für den niedergelassenen Bereich fest, dass einige der mit den Gesundheitsreformen 2005 und 2013 verfolgten Ziele nach wie vor noch nicht umgesetzt waren. (TZ 12, TZ 26, TZ 27, TZ 30, TZ 32)

Zu den Grundlagen gehörte auch das **Ärztegesetz** 1998, weil der Bund darin einen Teil der Aufgaben der Qualitätsarbeit der Österreichischen Ärztekammer übertragen hatte; eine Abgeltung hierfür war nicht vorgesehen. Zu diesem sogenannten übertragenen Wirkungsbereich gehörte die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit, wozu u.a. die Qualitätsevaluierung und –kontrolle in Ordinationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zählten. Hierzu bediente sich die Österreichische Ärztekammer der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (**ÖQMed**), die sowohl finanziell als auch organisatorisch eng mit ihr verflochten war. (TZ 8)

Dadurch waren die von der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich und im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit wahrzunehmenden Qualitätssicherungsagenden von der Hauptaufgabe der Kammer, nämlich der Vertretung der gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte, nicht klar getrennt. (TZ 8)

Qualitätsstandards

Die Bundesministerin bzw. der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hatte laut Gesundheitsqualitätsgesetz die Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen zu koordinieren, zu fördern, zu unterstützen und zu überwachen. Sowohl für den stationären als auch für den niedergelassenen Bereich sollte dies durch die kontinuierliche Entwicklung und verbindliche Anwendung von Qualitätsstandards geschehen, die damit ein Kernelement der Qualitätsarbeit des Bundes darstellten. (TZ 11)

Zwischen dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 und dem Jahr 2012 veröffentlichte das Ministerium mit Unterstützung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen insgesamt drei für den niedergelassenen Bereich relevante Qualitätsstandards in Form von Bundesqualitätsleitlinien. Da de-

ren Gültigkeit zeitlich begrenzt war und das Ministerium nicht rechtzeitig für Nachfolgeregelungen gesorgt hatte, waren zumindest zwei davon im Jahr 2017 bereits ausgelaufen. (TZ 12, TZ 13)

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger für die Zielsteuerungsperiode 2013–2016 die Entwicklung und Umsetzung von drei neuen Qualitätsstandards zu den Themen Krankenhaushygiene, Patient Blood-Management und Koloskopie, von denen nur die ersten beiden Standards realisiert werden konnten. Aus den von der Gesundheit Österreich GmbH erstellten Monitoringberichten war dieser Umstand nicht ersichtlich. (TZ 15, TZ 17)

Qualitätsmessung

Durch Messung der Qualität der Leistungserbringung sollte beurteilt werden, inwiefern die strukturellen Rahmenbedingungen, die Prozessabläufe und die Behandlungsergebnisse mit diversen Vorgaben und den Zielen guter Behandlung, die u.a. in den Qualitätsstandards festzulegen waren, übereinstimmen. (TZ 20)

Das von der ÖQMed durchgeführte Evaluierungsverfahren war zweiteilig aufgebaut: In einem ersten Schritt bewerteten die Ärztinnen und Ärzte die Qualität ihrer Ordinationen durch Ausfüllen eines von der ÖQMed zur Verfügung gestellten Evaluierungsfragebogens selbst. An diese Selbstevaluierung schloss in einem zweiten Schritt eine sogenannte Validitätsprüfung an, d.h. eine stichprobenartige Überprüfung der im Rahmen der Selbstevaluierung gemachten Angaben durch Ordinationsbesuche. (TZ 20)

Bei der Selbstevaluierung gaben 97 % der Ärztinnen und Ärzte an, dass in ihrer Ordination kein Mangel vorliege. Im Widerspruch dazu standen die Ergebnisse der Validitätsprüfung, bei der die ÖQMed bei rd. 18 % der Ordinationen zumindest einen Mangel feststellte. Weil die Wahrscheinlichkeit eines Ordinationsbesuchs aus der Sicht der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes bei einer Stichprobengröße von 7 % gering war, erachtete der RH das System der stichprobenartigen Validitätsprüfung als verbesserungswürdig. (TZ 23, TZ 24)

Sowohl das Gesundheits-Zielsteuergesetz als auch der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sahen eine Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten und damit auch im niedergelassenen Bereich vor. Die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherungsträger erreichten dieses Ziel in der ersten Zielsteuerungsperiode nicht. Damit wurde die Ergebnisqualität im niedergelassenen Bereich nach wie vor nicht systematisiert und bundesweit einheitlich gemessen. (TZ 26)

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



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 fehlte. Dies, obwohl sich alle Systempartner bereits auf die verbindliche Einführung der Diagnosendokumentation geeinigt hatten und ein Pilotprojekt die technische Durchführbarkeit bestätigt hatte. (TZ 27)

Qualitätsberichterstattung

Herstellung von Transparenz durch die Veröffentlichung von Qualitätsberichten hatte für die Qualitätsarbeit besondere Bedeutung. Dennoch kamen die Bundesministerinnen und Bundesminister für Gesundheit ihrer seit dem Jahr 2005 laut Gesundheitsqualitätsgesetz bestehenden Verpflichtung zur Erlassung diesbezüglicher Vorgaben nicht nach. (TZ 28, TZ 30)

Auch laut der Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit und gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag war eine regelmäßige Berichterstattung zur Ergebnisqualität auch im ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen. Obwohl die auf die Qualitätsberichterstattung bezogenen Ziele nicht erreicht wurden, enthielten die Monitoringberichte keinen Hinweis auf die Zielverfehlung. (TZ 31)

Auch zwölf Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes gab es für die Patientinnen und Patienten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte keine Möglichkeit, sich anhand vergleichbarer und bundesweit einheitlicher Kriterien über die Behandlungsqualität zu informieren. (TZ 32)

Empfehlungen

Zu den wesentlichen Empfehlungen des RH zählten

- die Entwicklung von Qualitätsstandards mit verpflichtenden Kriterien bzw. Vorgaben bis zum Ende der aktuellen Zielsteuerungsperiode im Jahr 2021,
- die Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen bei der Qualitätprüfung von Ordinationen,
- die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einhebung eines Beitrags zur Kostendeckung von den am Verfahren Beteiligten (Ärztinnen und Ärzten, Sozialversicherungsträgern) zur Stärkung der finanziellen Unabhängigkeit der ÖQMed und
- die Prüfung, ob dadurch mittel- bis langfristig eine vollständige Finanzierung der Aktivitäten der ÖQMed und damit auch deren organisatorische Unabhängigkeit realisierbar ist. (TZ 33)

Kenndaten

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	
Rechtsgrundlagen	Art. 10 Abs. 1 Z 12 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F., Kompetenztatbestand Gesundheitswesen Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F. Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 i.d.g.F. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), BGBl. I Nr. 81/2013 i.d.g.F. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 97/2017 Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012) i.d.g.F

Ausgewählte Kennzahlen der ÖQMed ¹	2012	2013	2014	2015	2016
	in EUR				
Umsatzerlöse	285.288,47	334.530,63	234.903,89	889.131,46 ²	885.109,33
Personalaufwand	515.765,67	647.722,44	548.276,99	564.707,13	561.607,97
sonstige betriebliche Aufwendungen	314.079,05	391.138,32	317.617,90	310.115,38	286.226,87
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	-583.632,66	-724.183,29	-659.991,53	-37.315,89	3.540,62
Bilanzsumme	333.868,93	205.562,30	299.295,00	242.748,13	188.047,45
	in Köpfen				
Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Durchschnitt	14	14	11	13	11

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

² Der hohe Wert der Umsatzerlöse ab dem Jahr 2015 ergibt sich durch eine veränderte Abrechnungsmodalität im Vergleich zu den Vorjahren. Ab dem Jahr 2015 wurden die Leistungen der ÖQMed betreffend die Ordinationsevaluierung im Sinne der Kostenwahrheit an die Österreichische Ärztekammer verrechnet.

Quellen: Wirtschaftsprüferberichte 2011 bis 2015; Auswertungen der ÖQMed

Prüfungsablauf und –gegenstand

- Der RH überprüfte von Dezember 2016 bis April 2017 ausgewählte Träger der Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, nämlich das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und die Österreichische Ärztekammer, die mit der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (**ÖQMed**) im übertragenen Wirkungsbereich für das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen tätig war.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Organisation, ausgewählte Inhalte und die Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich zu beurteilen.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2013 bis 2016; vereinzelt wurde auch der Zeitraum seit der Gesundheitsreform 2005, mit der u.a. das Gesundheitsqualitätsgesetz geschaffen wurde, betrachtet.

Die Angelegenheiten der Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG–Novelle 2017¹ ressortieren diese Angelegenheiten im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlung ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**).

Zu dem im Dezember 2017 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die ÖQMed und die Österreichische Ärztekammer im Februar 2018 und das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im März 2018 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im Juli 2018.

Grundlagen der Qualitätsarbeit

Allgemeines

2 Seit der Gesundheitsreform 2005 standen die Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen durch systematische Qualitätsarbeit im Fokus der Gesundheitspolitik des Bundes. Vor diesem Hintergrund entstanden in den darauffolgenden Jahren zahlreiche rechtliche und strategische Grundlagen für die Qualitätsarbeit des Bundes: das Gesundheitsqualitätsgesetz aus dem Jahr 2005, die Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen im Jahr 2010 und der Bundes–Zielsteuerungsvertrag im Jahr 2013.

Spezielle Grundlagen für die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich waren darüber hinaus noch das Ärztegesetz 1998 (**Ärztegesetz**) sowie die Qualitätssicherungsverordnung der Österreichischen Ärztekammer.

¹ BGBl. I Nr. 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

Gesundheitsqualitätsgesetz

3 (1) Zentrale gesetzliche Grundlage der Qualitätsarbeit war das am 1. Jänner 2005 in Kraft getretene Gesundheitsqualitätsgesetz, das der Bundesgesetzgeber auf Basis seiner Kompetenz für das Gesundheitswesen (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) erließ. Es enthielt ein klares Bekenntnis zur Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit in allen Sektoren des österreichischen Gesundheitswesens. Die wichtigsten Ziele der Qualitätsarbeit waren die Gewährleistung und Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsqualität sowie die nachhaltige Förderung der Patientensicherheit und -zufriedenheit.

Zur Erreichung dieser Ziele war ein bundesweites und sektorenübergreifendes „Qualitätssystem“ zu schaffen, worunter der Gesetzgeber ein bundesweit einheitliches Vorgehen in der Qualitätsarbeit verstand. Dafür sollte die Bundesministerin bzw. der Bundesminister für Gesundheit und Frauen vor allem mit Hilfe von Qualitätsstandards (**TZ 11**, **TZ 12**, **TZ 13**, **TZ 14**) sorgen. Unterstützung leistete das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, das ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH war.

(2) Mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz hatte der Gesetzgeber erstmals einen rechtlichen Rahmen für die systematische bundesweite Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen geschaffen. Diese hatte – wie die folgende Tabelle zeigt – die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität² in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zueinander zu umfassen. Darüber hinaus sollte die Qualitätsarbeit bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend und damit insbesondere auch im niedergelassenen Bereich erfolgen. Auch die im Jahr 2005 geschlossene Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens richtete ihren Fokus auf diesen ganzheitlichen und mehrere Dimensionen umfassenden Ansatz.

² Die Beurteilung von Qualität im Gesundheitswesen anhand dieser drei Qualitätsdimensionen geht auf Avedis Donabedian zurück. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:166–206. Der Artikel wurde im Jahr 2005 wiederveröffentlicht und ist als solcher unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/> abrufbar.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Tabelle 1: Qualitätsdimensionen

Qualitätsdimension	Erläuterung
Strukturqualität	Strukturqualität beschreibt im Wesentlichen die Voraussetzungen für die Leistungserbringung, insbesondere die personelle und apparative Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
Prozessqualität	Prozessqualität umfasst die Güte der ärztlichen, pflegerischen und administrativen Aktivitäten, die im Verlauf der Leistungserbringung ausgeführt werden.
Ergebnisqualität	Ergebnisqualität ist die Veränderung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten, die dem vorausgegangenen medizinischen (diagnostischen und therapeutischen) Handeln zuschreibbar ist. Ergebnisqualität kann durch Qualitätsindikatoren (z.B. Mortalität, klinische Werte) gemessen oder von den Patientinnen und Patienten selbst beurteilt werden.

Quelle: Gesundheitsqualitätsgesetz

Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen

- 4** Eine weitere wesentliche Grundlage für die Qualitätsarbeit war die im Juni 2010 von der Bundesgesundheitskommission beschlossene Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Diese sollte durch die Festlegung von Zielen der Koordinierung der Qualitätsaktivitäten von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern dienen und damit den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des österreichischen Gesundheitswesens bestimmen. Im Jahr 2012 beschloss die Bundesgesundheitskommission eine Konkretisierung der Ziele, um eine einvernehmliche und abgestimmte Umsetzung der Qualitätsstrategie einzuleiten.

Die Qualitätsstrategie war regelmäßig auf ihre Gültigkeit, Anwendbarkeit und Umsetzung zu überprüfen und anzupassen. Die Bundes-Zielsteuerungskommission (**BZK**) beschloss im Juni 2017 einen von der Gesundheit Österreich GmbH erstellten Aktualisierungsentwurf. Eine aktualisierte Version der Qualitätsstrategie war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH noch nicht veröffentlicht.

Zielsteuerung–Gesundheit

- 5** Im Jahr 2013 schlossen Bund, Länder und Sozialversicherung auf der Grundlage der Art. 15a–Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit den ersten Bundes–Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2013 bis 2016, der eine weitere wichtige Grundlage für die Qualitätsarbeit des Bundes bildete. Oberste Priorität hatten darin die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, die bundeseinheitlich und sektoren– sowie berufsgruppenübergreifend erfolgen sollten. Darüber hinaus sollte die Versorgungsqualität transparent gemacht werden, um der Bevölkerung als Orientierungshilfe im Gesundheitswesen dienen zu können. Der zweite Zielsteuerungsvertrag für den Zeitraum von 2017 bis 2021 war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH noch nicht unterzeichnet.

Ziele mit unmittelbarem Bezug zur Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich

6 Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag war in die drei Steuerungsbereiche Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung gegliedert, die den Qualitätsdimensionen des Gesundheitsqualitätsgesetzes (**TZ 3**) entsprachen. Jeder Steuerungsbereich enthielt langfristig ausgerichtete strategische Ziele mit Programmcharakter und kurz– bis mittelfristige operative Ziele für die jeweilige Vertragsperiode. Zu jedem operativen Ziel wurden Maßnahmen, Zielwerte und Messgrößen definiert.

Der RH ging im vorliegenden Bericht auf jene operativen Ziele ein, die sich unmittelbar auf die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich bezogen. Die folgende Tabelle gibt darüber einen Überblick:

Tabelle 2: Ziele aus dem Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 mit unmittelbarem Bezug auf die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich

Steuerungsbereich	Strategisches Ziel	Operatives Ziel
Versorgungsprozesse	7.1 Behandlungs– und Versorgungsprozesse inklusive der Versorgung mit Medikamenten sektorenübergreifend am Patientenbedarf und am „Best Point of Service“ orientieren	7.1.1 Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen
		7.1.2 Integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen entwickeln und festlegen und in der Folge auf Landesebene umsetzen
	7.2 Organisationsentwicklung, Kooperation und Kommunikation durch den Einsatz moderner Informations– und Kommunikationstechnologie unterstützen	7.2.1 Sektorenübergreifende einheitliche Diagnosen– und Leistungsdokumentation (standardisiert und codiert) sicherstellen und schrittweise umsetzen
Ergebnisorientierung	8.2 Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen	8.2.1 Abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung in allen Sektoren und sektorenübergreifend aufbauen bzw. weiterentwickeln und durchführen
		8.2.2 Bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens definieren und in der Folge schrittweise einführen und evaluieren

Quelle: Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013–2016

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

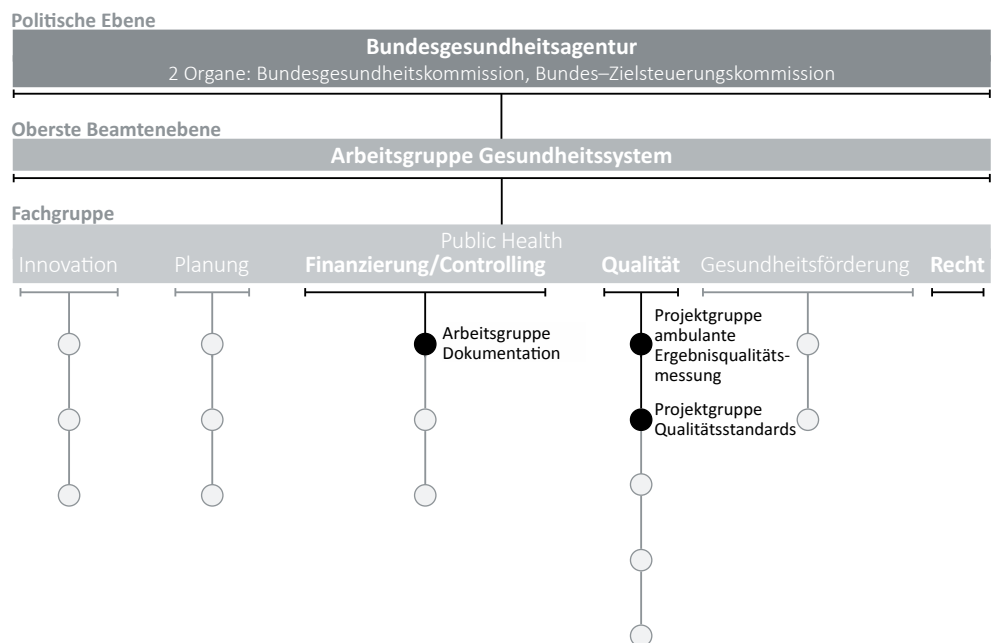


Arbeitsstruktur der Zielsteuerung–Gesundheit

7.1

(1) Im Jahr 2005 wurde zur bundesweiten und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und gesamthaften Finanzierung des Gesundheitswesens die **Bundesgesundheitsagentur** eingerichtet, deren Beschlussgremium die **Bundesgesundheitskommission**³ war. Mit der Einführung der Zielsteuerung–Gesundheit im Jahr 2013 wurde mit der **Bundes–Zielsteuerungskommission**⁴ ein weiteres Beschlussorgan geschaffen. Im Prüfungszeitraum 2013 bis 2016 stellte sich die Arbeitsstruktur der Zielsteuerung–Gesundheit überblicksartig wie folgt dar:

Abbildung 1: Arbeitsstruktur Zielsteuerung–Gesundheit 2013 bis 2016 (vereinfachte Darstellung)



Quellen: BMGF; Darstellung: RH

³ Sie bestand aus folgenden stimmberechtigten Mitgliedern: Je neun Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und je eine Vertreterin bzw. ein Vertreter jedes Landes, des Städtebundes, des Gemeindebundes, der konfessionellen Krankenanstalten, der Patientenvertretungen und der Österreichischen Ärztekammer.

⁴ Der Bundes–Zielsteuerungskommission gehörten je vier Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse wurden einvernehmlich gefasst.

Wie aus der Abbildung ersichtlich, bildete die Bundesgesundheitsagentur mit ihren beiden Beschlussorganen, der Bundesgesundheitskommission und der BZK, die oberste politische Ebene der Arbeitsstruktur im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit. Die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem war als Steuerungsgremium auf oberster Beamtenebene eingerichtet und bereitete die Sitzungen der Beschlussorgane vor. Die Arbeit auf Ebene der Fachexpertinnen und Fachexperten leisteten sechs nach Aufgabengebieten gegliederte Fachgruppen sowie weitere themenspezifische Arbeits– und Projektgruppen, die diesen Fachgruppen untergeordnet waren. Die Fachgruppen waren paritätisch organisiert, d.h. ihnen gehörte jeweils die gleiche Anzahl an Bundes–, Länder– und Sozialversicherungsvertreterinnen und –vertretern an.⁵

(2) Die BZK beschloss jährlich auf der Grundlage des Bundes–Zielsteuerungsvertrags ein Bundes–Jahresarbeitsprogramm, das auch die Verantwortlichkeiten festlegte, also den jeweiligen Fachgruppen Maßnahmen und Themenbündel zuordnete. Zur Umsetzung ihrer Arbeitsaufträge konnten die Fachgruppen zeitlich befristete Arbeits– oder Projektgruppen einrichten. Für die Arbeiten zur Umsetzung der angeführten Ziele mit unmittelbarem Bezug zur Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich war in der Regel die **Fachgruppe Qualität** zuständig.⁶ Aber auch die Fachgruppe Finanzierung/Controlling (sektorenübergreifende Diagnosen– und Leistungsdokumentation, **TZ 27**) und die Fachgruppe Recht (Definition der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme, **TZ 19**) betreuten Projekte mit direktem Bezug zur Qualitätsarbeit.

(3) Mit der neuen Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens⁷ wurde die Beschlusskompetenz für die neue Zielsteuerungsperiode in der BZK konzentriert. Der Bundesgesundheitskommission kam hingegen nur mehr beratende Funktion in gesundheitspolitischen Themen zu.

7.2

(1) Der RH hielt fest, dass für die Arbeiten zur Umsetzung der auf die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich bezogenen Ziele in der Regel die Fachgruppe Qualität zuständig war.

(2) Hinsichtlich der Arbeitsstrukturen verwies der RH auf seine Stellungnahme zum Gesundheitsreformgesetz 2013. Darin hatte er u.a. kritisch darauf hingewiesen, dass die mit dem Entwurf zusätzlich geschaffenen Gremien und Strukturen die Zielerreichung erschweren, zu Lösungen auf Basis des „kleinsten gemeinsamen

⁵ Die Fachgruppen Planung und Finanzierung/Controlling hatten 27 Mitglieder, die übrigen Fachgruppen zwölf Mitglieder.

⁶ In der Fachgruppe Qualität hatte die Leiterin der für Qualitätsangelegenheiten zuständigen Abteilung des Ministeriums den Vorsitz inne.

⁷ BGBl. I Nr. 98/2017

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Nenners“ führen und notwendige Maßnahmen verhindern können. Dies galt aus seiner Sicht – aufgrund ihrer paritätischen Zusammensetzung – auch für die Ebene der Fachgruppen.

(3) Vor diesem Hintergrund beurteilte er die Konzentration der Beschlusskompetenz für die neue Zielsteuerungsperiode bei der BZK positiv.

Ärztegesetz und Qualitätssicherungsverordnung

8.1

(1) Einen Teil der unter den Kompetenztatbestand Gesundheitswesen fallenden Aufgaben des Bundes hatte der Gesetzgeber im Ärztegesetz der Österreichischen Ärztekammer übertragen. Zu diesem übertragenen Wirkungsbereich, in dem die Kammer an die Weisungen der Bundesministerin bzw. des Bundesministers für Gesundheit und Frauen gebunden war,⁸ gehörte auch die „Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit“.

Dazu zählten die Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualitätsmessung und –sicherung im niedergelassenen Bereich, wie bspw.

- die Erlassung der Hygieneverordnung⁹;
- die Mitwirkung bei Vorsorgeprogrammen wie dem Brustkrebs-Früherkennungs- oder dem Darmkrebsvorsorgeprogramm, bei der Erstellung von therapeutischen Handlungsempfehlungen und medizinischen Leitlinien sowie bei der Plattform Patientensicherheit;
- der Betrieb des Fehlerberichts- und Lernsystems;
- das Anbieten eines Qualitätsmanagementsystems für Ordinationen oder
- das Fortbildungswesen mitsamt der Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung.

Darüber hinaus gehörten die Qualitätsevaluierung, die Qualitätskontrolle sowie die Führung eines Qualitätsregisters zu den der Kammer übertragenen Qualitätssiche-

⁸ Die Österreichische Ärztekammer konnte als Selbstverwaltungskörper der Ärztinnen und Ärzte eine Tätigkeit, die auch Personen betraf, die keine Kammermitglieder waren, nur im übertragenen Wirkungsbereich, also nur unter Weisungsbindung gegenüber den staatlichen Behörden, ausüben; vgl. VfSlg 17.023/2003.

⁹ Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen gemäß § 117 b Abs. 2 Ziffer 9 lit. c Ärztegesetz 1998

rungsaufgaben. Die zu evaluierenden Kriterien, das Verfahren zur Evaluierung und Kontrolle sowie das Qualitätsregister hatte die Kammer durch eine **Qualitätssicherungsverordnung** für eine Geltungsdauer von fünf Jahren zu regeln (**TZ 21**).

(2) Zur Erfüllung ihrer Qualitätssicherungsaufgaben, insbesondere zur Evaluierung und Kontrolle der Qualität sowie zur Führung des Qualitätsregisters, bediente sich die Österreichische Ärztekammer der **ÖQMed**, die im Eigentum der Beteiligungsholding GmbH der Kammer stand.

Insgesamt wendete die Österreichische Ärztekammer für die Wahrnehmung ihrer Qualitätssicherungsaufgaben im Jahr 2016 rd. 1,59 Mio. EUR auf, davon rd. 59,6 % für die ÖQMed. Weil der Bund hierfür keine Abgeltung leistete und die ÖQMed den am Verfahren Beteiligten (insbesondere Ärztinnen und Ärzten, Sozialversicherungsträgern¹⁰) mangels Rechtsgrundlage keine Kostenbeiträge vorschreiben konnte, finanzierte die Kammer diesen Aufwand. Die Mittel hierfür stammten einerseits aus der Kammerumlage, die für Ärztinnen und Ärzte, die eine Ordination führten, um jährlich 50 EUR erhöht war, und andererseits aus Gewinnen anderer Gesellschaften der Beteiligungsholding GmbH der Österreichischen Ärztekammer.

(3) Die ÖQMed war auch organisatorisch eng mit der Kammer verflochten, wie die folgende Abbildung zeigt:

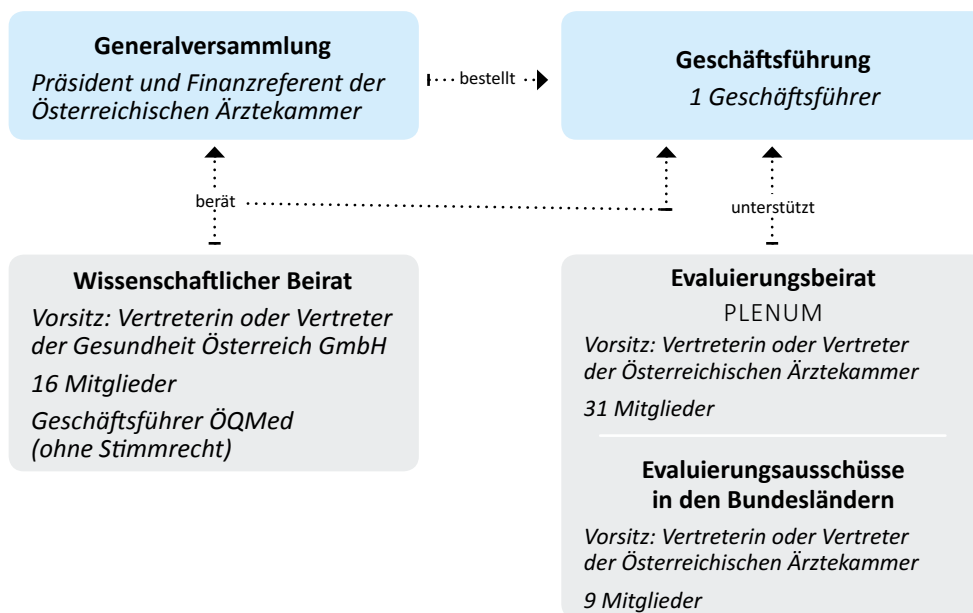
¹⁰ Gemäß § 118e Ärztegesetz hatte die ÖQMed aufgrund begründeter Anregungen u.a. der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger Besuche in Ordinationsstätten durchzuführen.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Abbildung 2: Struktur der ÖQMed



ÖQMed = Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

Quellen: Ärztegesetz; Darstellung: RH

Die aus dem Präsidenten und dem Finanzreferenten der Österreichischen Ärztekammer zusammengesetzte Generalversammlung bestellte den Geschäftsführer der ÖQMed und hatte diesem gegenüber ein Weisungsrecht. Die Generalversammlung hatte laut Ärztegesetz keine inhaltlichen Kompetenzen im Bereich der Qualitätssicherung, diese lagen beim sogenannten Wissenschaftlichen Beirat¹¹. Dieses Expertengremium hatte die Organe der ÖQMed und der Österreichischen Ärztekammer in der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben in der Qualitätssicherung zu beraten und Empfehlungen hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der Qualitätskriterien sowie des Prozesses der Qualitätsevaluierung und –kontrolle zu erstatten. Die Empfehlungen des Beirats bildeten auch die Grundlage für die erwähnte Qualitätssicherungsverordnung: Wollte die Kammer bei der Erlassung der Verordnung von den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats abweichen, so hatte sie dies dem Beirat sowie dem Ministerium unverzüglich schriftlich mitzuteilen und umfassend zu begründen.

¹¹ Dem Wissenschaftlichen Beirat gehörten u.a. je zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter der Gesundheit Österreich GmbH, des Ministeriums und des Hauptverbands sowie fünf Vertreterinnen bzw. Vertreter der Österreichischen Ärztekammer an.

(4) Durch die sowohl finanzielle als auch organisatorische Verflechtung waren die von der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich und im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit wahrzunehmenden Qualitätssicherungsagenden von der Hauptaufgabe der Kammer, nämlich der Vertretung der gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte, nicht klar getrennt.

8.2

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 leistete den wesentlichen Teil der Qualitätsarbeit die ÖQMed, diese war jedoch sowohl finanziell als auch organisatorisch eng mit der Österreichischen Ärztekammer verflochten. Der RH wies darauf hin, dass dieser Umstand zur Entstehung von Interessenskonflikten führen konnte.

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 Interessenskonflikten war es nach Ansicht des RH ebenso zweckmäßig, eine organisatorische Unabhängigkeit vorzusehen.

[Der RH empfahl dem Ministerium und der Österreichischen Ärztekammer, Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung zu entwickeln.](#)

8.3

(1) Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die ÖQMed als Teil der Österreichischen Ärztekammer definiert sei und eine organisatorische Unabhängigkeit im Rahmen des ärztegesetzlichen Kammerrechts nicht erreicht werden könne. Die Finanzierung der ÖQMed erfolge bereits jetzt als Teil der Kammerumlagen der Ärztinnen und Ärzte. Die allfällige Einhebung eines Kostendeckungsbeitrags von den Sozialversicherungsträgern wäre mit der Österreichischen Ärztekammer und der Sozialversicherung zu diskutieren.

(2) Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer seien alle Maßnahmen getroffen, um eine finanziell und organisatorisch unabhängige Qualitätssicherung durchzuführen. Zu erwägen wäre die Schaffung einer ärztegesetzlichen Grundlage für die Einhebung eines Aufwandsatzes durch die ÖQMed in jenen Fällen, in denen ein erhöhter Aufwand im Qualitätssicherungsverfahren entstehe, der von der ÖQMed nicht zu vertreten sei, etwa wenn ein vereinbarter Vor-Ort-Besuch in der Ordination nicht durchgeführt werden könne.

8.4 (1) Der RH stellte gegenüber dem Ministerium klar, dass seine Empfehlung zur Entwicklung von Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung die Frage der allfälligen rechtstechnischen Umsetzung bewusst nicht vorwegnahm.

(2) Der Österreichischen Ärztekammer entgegnete der RH, dass die finanzielle Unabhängigkeit der ÖQMed aus seiner Sicht nicht gegeben war, weil ihre Mittel auch aus Gewinnen anderer Gesellschaften der Beteiligungsholding GmbH der Österreichischen Ärztekammer stammten, und dass seine Empfehlung auf die Einhebung eines Beitrags zur Kostendeckung von den am konkreten Verfahren Beteiligten durch die ÖQMed selbst abzielte.

Wesentliche Instrumente der Qualitätsarbeit

9 Die Erhöhung der Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen war ein von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern gemeinsam getragenes gesundheitspolitisches Ziel. Anhand der genannten Grundlagen identifizierte der RH drei wesentliche Instrumente zur Umsetzung dieses Ziels:

- 1. Qualitätsstandards (TZ 10)** – Das Gesundheitsqualitätsgesetz maß der Abstimmung zwischen den Akteuren sowie der bundesweiten Koordinierung der Qualitätsmaßnahmen nicht zuletzt auch im Interesse der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen große Bedeutung bei und regelte deshalb die Festlegung verbindlicher Qualitätsstandards.
- 2. Qualitätsmessung (TZ 20)** – Die Messung der Qualität der Leistungserbringung in allen Sektoren des Gesundheitswesens war ein wesentlicher Aspekt der Qualitätsarbeit des Bundes. Neben der im Ärztegesetz geregelten Messung der Qualität in Ordinationsstätten war im Gesundheits-Zielsteuergesetz die Entwicklung eines Systems zur Ergebnisqualitätsmessung und –sicherung (TZ 26) im ambulanten Bereich vorgesehen.
- 3. Qualitätsberichterstattung** zur Herstellung von Transparenz (TZ 28) – Das Gesundheitsqualitätsgesetz sah die Qualitätsberichterstattung als wesentliches Steuerungsinstrument der Bundesministerin oder des Bundesministers für Gesundheit und Frauen vor. Die Qualitätsberichte, die insbesondere über die Ergebnisqualität im ambulanten und stationären Bereich zu erstellen waren, sollten die Beobachtung der Qualität des Gesundheitswesens ermöglichen und im Sinne der Transparenz in geeigneter Form veröffentlicht werden.

Die Qualitätsstrategie (**TZ 4**) und der Bundes–Zielsteuerungsvertrag (**TZ 5**) nahmen ebenso auf Qualitätsstandards, Qualitätsmessung und Qualitätsberichterstattung als wesentliche Instrumente der Qualitätsarbeit Bezug.

Der RH gliederte seine weiteren Ausführungen daher nach diesen drei Instrumenten der Qualitätsarbeit.

Qualitätsstandards

Überblick und Ziele

10.1 Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz entwickelten sowie über die im Rahmen der Zielsteuerung bearbeiteten Qualitätsstandards:

Tabelle 3: Überblick Qualitätsstandards

	SOLL	IST
Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (TZ 13)		
Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im niedergelassenen Bereich	beschränkte Gültigkeit, Überarbeitung bis 2012 notwendig	ohne Nachfolgeregelung ausgelaufen, von der Website des Ministeriums entfernt
präoperative Diagnostik	beschränkte Gültigkeit, Überarbeitung bis 2014 notwendig	2014 ohne Nachfolgeregelung ausgelaufen, dennoch nach wie vor auf der Website des Ministeriums, Überarbeitung in Vorbereitung
Aufnahme– und Entlassungsmanagement	beschränkte Gültigkeit, Überarbeitung bis 2017 notwendig	im Juni 2017 ausgelaufen, keine Nachfolgeregelung vorbereitet
Brustkrebs–Früherkennung durch Mammographie–Screening und Durchführung diagnostischer Mammographien	beschränkte Gültigkeit, Überarbeitung bis 2016 notwendig	im November 2016 ausgelaufen, derzeit in Überarbeitung
Qualitätsstandards gemäß Zielsteuerung–Gesundheit (TZ 15)		
Krankenhaushygiene	im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016 umzusetzen	2017 veröffentlicht
Patient Blood Management		2017 veröffentlicht
Koloskopie		nicht umgesetzt
Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme (TZ 19)		Projektbericht erstellt, aber keine weiteren Umsetzungsmaßnahmen
integriertes Versorgungsprogramm Diabetes (TZ 16, TZ 17)		ab 2007 im Rahmen von Reformpoolprojekten in einzelnen Bundesländern eingeführt, Anfang 2017 österreichweite Implementierung begonnen
integriertes Versorgungsprogramm Schlaganfall		nicht umgesetzt
integriertes Versorgungsprogramm Herzinsuffizienz		nicht umgesetzt

Quelle: BMGF

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Wie erwähnt hatte die Bundesministerin oder der Bundesminister für Gesundheit und Frauen die Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen mit Unterstützung des **Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen** zu koordinieren, zu fördern, zu unterstützen und zu überwachen (**TZ 3**). Sowohl für den stationären als auch für den niedergelassenen Bereich sollte dies durch die kontinuierliche Entwicklung und verbindliche Anwendung von Qualitätsstandards geschehen, die damit ein Kernelement der Qualitätsarbeit des Bundes darstellten.

Die Materialien zur Regierungsvorlage für das Gesundheitsqualitätsgesetz illustrierten die große Bedeutung von Qualitätsstandards am Beispiel der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern. Laut den erläuternden Bemerkungen war hierbei ein effizientes Nahtstellenmanagement in Form von Disease Management Programmen unabdingbare Voraussetzung, um

- den Behandlungserfolg und die Vermeidung von Folgeerkrankungen sicherzustellen,
- die Selbstverantwortung der Patientin bzw. des Patienten zu fördern und
- dadurch die Kostenentwicklung in einem vertretbaren Rahmen zu halten.

Dennoch mangle es laut den Materialien an qualitätsgesicherter Kooperation von Gesundheitsdienstleistungserbringern an den Nahtstellen, weshalb es in der Betreuungskette zu unnötigen und teuren Brüchen komme. Zur Behebung dieser Mängel sei es notwendig, in diesem Bereich bundesweit geltende Qualitätsstandards zu entwickeln und verbindlich zu machen.

10.2

Auch aus der Sicht des RH boten Qualitätsstandards sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das Gesamtsystem Vorteile. Er verwies beispielhaft auf überwiegend verfahrensbezogene Qualitätsstandards in Form von Disease Management Programmen, die u.a. durch ein verbessertes Nahtstellenmanagement sowohl den Behandlungserfolg sicherstellen und Folgeerkrankungen vermeiden (Patientensicht) als auch die Gesamtkosten reduzieren konnten (Systemsicht).

Der RH hielt in Anbetracht ihrer Vorteile kritisch fest, dass beabsichtigte oder geplante Qualitätsstandards nur äußerst schleppend oder, wie im Falle der integrierten Versorgungsprogramme, zum überwiegenden Teil bislang gar nicht umgesetzt wurden (siehe dazu die folgenden TZ).

Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz

Definition

- 11** Qualitätsstandards waren im Gesundheitsqualitätsgesetz als Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten definiert und als „Überbegriff für alle Formen von Standards und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Patientenversorgung“ zu verstehen.¹² Sie waren ein Instrument der Bundesministerin bzw. des Bundesministers für Gesundheit und Frauen zur Sicherstellung einer diesbezüglich bundesweit einheitlichen Vorgehensweise. Weil Qualitätsstandards nicht per se verbindlich waren, konnte sie das Ministerium gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz entweder als **Bundesqualitätsleitlinie** veröffentlichen und so zur Anwendung empfehlen oder per Verordnung als verbindliche **Bundesqualitätsrichtlinie** erlassen.

Bundesqualitätsrichtlinien (verbindliche Qualitätsstandards)

- 12.1** Ein zentrales Ziel des Gesundheitsqualitätsgesetzes war es, die Erbringung von Gesundheitsleistungen an die verbindliche Einhaltung bestimmter Standards zu binden, um die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen bzw. zu verbessern. Der Gesetzgeber hatte daher auch eine entsprechende Verpflichtung aller Erbringerinnen und Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen zur Einhaltung der Qualitätsstandards vorgesehen. Auch als Voraussetzung für die Abgeltung erbrachter Leistungen sowie als konkrete ärztliche Berufspflicht¹³ war die Einhaltung der Qualitätsstandards gesetzlich verankert. Gemäß der Qualitätsstrategie setzte die kontinuierliche Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität die verbindliche Einhaltung der evidenzbasierten, berufs- und sektorenübergreifenden Behandlungsstandards voraus.

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Jahr 2005 hatte das Ministerium keinen Qualitätsstandard per Verordnung als verbindliche Bundesqualitätsrichtlinie erlassen. Das Ministerium begründete dies damit, dass Qualitätsstandards aufgrund der berufsrechtlichen Bestimmungen auch dann einzuhalten waren, wenn sie nicht als Bundesqualitätsrichtlinie verordnet waren.

Obwohl das Ministerium vom Instrument der Bundesqualitätsrichtlinie keinen Gebrauch machte, nutzte es weder die Novellierung des Gesundheitsqualitätsgesetz-

¹² siehe die vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeitete und von der Bundesgesundheitskommission am 22. März 2013 beschlossene „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz“, S. 4

¹³ Laut § 49 Ärztegesetz waren Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden „unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des GQG“ zu wahren.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



zes im Jahr 2013 (**TZ 14**) für eine entsprechende Änderung, noch wurde die aus dem Jahr 2010 stammende Qualitätsstrategie angepasst (**TZ 4**).

12.2

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. Diese war für den RH nicht absolut zu verstehen; jedoch war bei einem im Einzelfall erforderlichen Abweichen von einem Qualitätsstandard eine nachvollziehbare Begründung und Dokumentation unumgänglich.

Das schon 2005 vom Gesetzgeber mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz verfolgte Ziel, alle Gesundheitsdienstleistungserbringerinnen und –erbringer zur Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards zu verpflichten, das sich in adaptierter Form auch in der neuen Art. 15a–Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit wiederfand, stand mit diesen Überlegungen im Einklang.

Der RH empfahl dem Ministerium, die Vereinbarung mit den Ländern umzusetzen und Qualitätsstandards mit verpflichtenden Kriterien bzw. Vorgaben zu entwickeln. Darüber hinaus wäre die Einhaltung entwickelter Qualitätsstandards sicherzustellen, um damit das vom Gesetzgeber mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz verfolgte Ziel umzusetzen.

12.3

Laut Stellungnahme des Ministeriums seien die Abnahme gemeinsam erarbeiteter Qualitätsstandards und die Empfehlung zu deren Veröffentlichung und Umsetzung in den zuständigen Entscheidungsgremien der Bundesgesundheitsagentur im Einvernehmen mit den Zielsteuerungspartnern erfolgt. Es sei als nicht zweckmäßig und zielführend erachtet worden, die Inhalte der bisher erarbeiteten Qualitätsstandards auf Grundlage einer Verordnung nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz verpflichtend vorzugeben. So müsse darauf geachtet werden, dass medizinisches Handeln jeweils entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung erfolge; dies könne das Gesundheitsministerium nur empfehlen, nicht aber durch Verordnungen determinieren.

Bundesqualitätsleitlinien (zur Anwendung empfohlene Qualitätsstandards)

13.1

Für die Erstellung von Qualitätsstandards nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz entwickelte das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen im Auftrag des Ministeriums eine Metaleitlinie und erarbeitete auf dieser Basis drei Bundesqualitätsleitlinien als zur Anwendung empfohlene Qualitätsstandards, die das Ministerium auf seiner Website veröffentlichte. Die Gültigkeit aller drei Bundesqualitätsleitlinien war beschränkt; sie sollten regelmäßig aktualisiert werden. Im Jahr 2017

waren zumindest zwei dieser drei Leitlinien nicht mehr aktuell, wie die unten stehende Tabelle zeigt:

Tabelle 4: Regelungsgegenstand und Gültigkeit der als Bundesqualitätsleitlinien zur Anwendung empfohlenen Qualitätsstandards

Regelungsgegenstand	veröffentlicht	Status
Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im niedergelassenen Bereich	2009	2012 ohne Nachfolgeregelung ausgelaufen, von der Website des Ministeriums entfernt
präoperative Diagnostik	2011	2014 ohne Nachfolgeregelung ausgelaufen, dennoch nach wie vor auf der Website des Ministeriums, Überarbeitung in Vorbereitung Das Ministerium wies im Juni 2017 darauf hin, dass die enthaltenen organisatorischen Empfehlungen weiterhin aufrecht seien und die medizinische Quelleitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin noch in Geltung stehe. Es empfahl daher eine Anwendung der Bundesqualitätsleitlinie bis zum Vorliegen der aktualisierten Fassung, längstens jedoch bis 31. Dezember 2017.
Aufnahme- und Entlassungsmanagement	2012	im Juni 2017 ausgelaufen, keine Nachfolgeregelung vorbereitet

Quelle: BMGF

Zwischen 2008 und 2013 arbeitete das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen an Qualitätsstandards zu den Themen Demenz, Parkinson und Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (**COPD**), die das Ministerium jedoch nicht als Bundesqualitätsleitlinien veröffentlichte.

Im November 2011 hatte die Bundesgesundheitskommission die österreichweite Anwendung eines weiteren, für den niedergelassenen Bereich relevanten Qualitätsstandards zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening beschlossen. Das Ministerium veröffentlichte auch diesen Qualitätsstandard nicht als Bundesqualitätsleitlinie, er befand sich nach Auskunft des Ministeriums zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH in Überarbeitung.

Der bereits nach der „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz“ (**TZ 14**) erstellte Qualitätsstandard Patient Blood Management wurde im Dezember 2016 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen und zur Veröffentlichung freigegeben. Das Ministerium veröffentlichte ihn im Mai 2017 auf seiner Website, verzichtete jedoch auf eine Bezeichnung als Bundesqualitätsrichtlinie oder Bundesqualitätsleitlinie. Das Ministerium stellte damit nicht klar, ob der Qualitätsstandard verbindlich anzuwenden war.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



13.2

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 war.

Der RH empfahl dem Ministerium, ehestens Nachfolgeregelungen für die ausgelaufenen Bundesqualitätsleitlinien zu erarbeiten und den Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening ehe baldig auf seiner Website als Bundesqualitätsleitlinie zu veröffentlichen.

Darüber hinaus empfahl der RH dem Ministerium, künftig bei der Veröffentlichung von Qualitätsstandards klarzustellen, ob deren Anwendung verbindlich oder nur empfohlen ist. Er verwies in diesem Zusammenhang auch auf seine in **TZ 14** ausgesprochene Empfehlung.

13.3

Laut Stellungnahme des Ministeriums werde an der Aktualisierung von derzeit abgelaufenen Qualitätsstandards gearbeitet. Die noch anstehenden Aktualisierungen würden umgehend nach inhaltlicher Beratung in den neu eingerichteten Arbeitsgremien der Zielsteuerung-Gesundheit und nach Abschluss der politischen Entscheidungsprozesse in den Entscheidungsgremien der Bundesgesundheitsagentur erfolgen.

Eine Klarstellung, ob ein Qualitätsstandard verpflichtend anzuwenden ist oder nicht, sei aus Sicht des Ministeriums nicht erforderlich, weil ein verpflichtender Qualitätsstandard in Form einer Verordnung zu erlassen und daher aufgrund seiner Form als verpflichtende Norm erkennbar sei.

13.4

Der RH entgegnete dem Ministerium, dass „Qualitätsstandards“ laut Gesundheitsqualitätsgesetz der allgemeine Begriff für Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten waren, deren Entwicklung die Bundesministerin bzw. der Bundesminister unterstützen konnte. Sofern er oder sie deren Anwendung empfehlen wollte, war dafür im Gesetz das Instrument der Bundesqualitätsleitlinie vorgesehen. Dass sich das Ministerium nicht an diese Systematik hielt, sah der RH kritisch und hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Erstellung von Qualitätsstandards

14.1

(1) Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen evaluierte die Metaleitlinie für die Erstellung von Qualitätsstandards im Jahr 2012 im Auftrag des Ministeriums. Die Evaluierung zeigte grundsätzliche Problemfelder hinsichtlich der Erstellung von Bundesqualitätsleitlinien auf. Befragungen von Stakeholdern sowie externen Expertinnen und Experten wiesen auf mangelnde Präzision der im Gesundheitsqualitätsgesetz verwendeten Begriffe und Definitionen sowie auf unklare Rollen und Entscheidungsfindungsprozesse bei der Erstellung von Qualitätsstandards hin. Zu entsprechenden Änderungen des Gesundheitsqualitätsgesetzes aufgrund dieser Erkenntnisse kam es nicht. Stattdessen wurde die Metaleitlinie per Beschluss der Bundesgesundheitskommission durch die – ebenfalls vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen erarbeitete – „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz“ (**Methode**) ersetzt.

(2) In der Methode unterschied das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen – ohne Berücksichtigung der im Gesundheitsqualitätsgesetz bereits genannten Kategorien Bundesqualitätsleitlinie und Bundesqualitätsrichtlinie – drei neue Typen von Qualitätsstandards, nämlich Leitlinie, Standard für Versorgungsmanagement und Nationale Versorgungsleitlinie.

Im Unterschied zum Programm nationaler Versorgungsleitlinien in Deutschland, auf das in der Methode verwiesen wurde, waren diese neuen Typen nicht klar definiert oder durch Beispiele veranschaulicht. Sie waren auch nicht eindeutig voneinander abgegrenzt, obwohl es sich bei Versorgungsleitlinien um Handlungsempfehlungen handelte, die, anders als reguläre Leitlinien, nicht auf eine bestimmte Behandlungssituation beschränkt waren, sondern auf den gesamten Behandlungsverlauf und damit auf die organisations- und sektorenübergreifende Versorgung einer Patientin bzw. eines Patienten zielten.

In den vier Jahren seit Beschluss der Methode veröffentlichte das Ministerium weder einen Standard für Versorgungsmanagement noch eine nationale Versorgungsleitlinie (**TZ 13**). In der Methode selbst wies das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen auf den großen damit verbundenen Ressourcen- und Zeitaufwand sowie darauf hin, dass „die föderalen und sektoralen Strukturen des österreichischen Gesundheitswesens darüber hinaus eine besondere Herausforderung für die Umsetzung darstellen“. Aus diesem Grund empfahl das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen die Erstellung einer Nationalen Versorgungsleitlinie nur, sofern für deren Umsetzung ein bundesweit einheitlich strukturiertes Vorgehen geplant war.

(3) Im Bundes–Zielsteuerungsvertrag waren mehrere operative Ziele mit Bezug zur flächendeckenden Umsetzung von Qualitätsstandards verankert (siehe auch Tabelle 2):

- Festlegung und Umsetzung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche;
- Entwicklung und Umsetzung integrierter Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Erkrankungen;
- Definition, Einführung und Evaluation bundeseinheitlicher Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme.

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 novellierte der Gesetzgeber auch das Gesundheitsqualitätsgesetz. Der zugrunde gelegte Entwurf des Ministeriums ließ die Erkenntnisse aus der Evaluierung oder die Typisierung nach der Methode jedoch außer Acht. Im Gesundheitsqualitätsgesetz wurde nunmehr zwar auf die Zielsteuerung verwiesen, die Begriffe waren aber nicht mit den im Zielsteuerungsvertrag verwendeten abgestimmt. Ebenso wenig war die Typisierung aus der Methode anlässlich der Novelle in das Gesundheitsqualitätsgesetz übernommen oder vom Zielsteuerungsvertrag aufgegriffen worden. Das Verhältnis zwischen Qualitätsstandard, Bundesqualitätsleitlinie und Bundesqualitätsrichtlinie, Leitlinie, Nationaler Versorgungsleitlinie, integriertem Versorgungsprogramm, Standard für Versorgungsmanagement und bundeseinheitlicher Mindestanforderung blieb daher ungeklärt.

14.2

(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 (**TZ 3, TZ 11**).

(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 wieder¹⁴ kritisierte Kompetenzzersplitterung im Gesundheitswesen auch die Qualitätsarbeit des Bundes im Sinne der Patientinnen und Patienten erheblich beeinträchtigte.

Vor diesem Hintergrund verwies der RH auf seine in **TZ 12** und **TZ 13** ausgesprochenen Empfehlungen und empfahl dem Ministerium ergänzend, gemeinsam mit den Ländern und den Sozialversicherungsträgern eine zweckmäßige Kategorisierung von Qualitätsstandards vorzunehmen.

14.3

Laut Stellungnahme des Ministeriums werde derzeit eine neue Fassung der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards erarbeitet. Dabei werde man die Anmerkungen des RH zur klareren Kategorisierung der Qualitätsstandards prüfen und nach Möglichkeit berücksichtigen.

Qualitätsstandards in der Zielsteuerung–Gesundheit

Bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche

15.1

Ziele zur Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards wurden auch im Bundes–Zielsteuerungsvertrag verankert: Ein operatives Ziel im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse betraf die Festlegung bundeseinheitlicher Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche, die in der Folge auf Landesebene umzusetzen waren. Als Maßnahmen hierfür waren zunächst die Definition und Priorisierung von Themenbereichen einschließlich der Abstimmung mit den Vertragsparteien sowie beginnend mit Mitte 2014 die Entwicklung der als vordringlich erkannten Qualitätsstandards angeführt.

Im Juni 2014 priorisierte die Bundes–Zielsteuerungskommission drei Themen für bundeseinheitliche Qualitätsstandards, nämlich Krankenhaushygiene, Koloskopie und Patient Blood Management¹⁵, und erteilte der Fachgruppe Qualität im Rahmen des Bundes–Jahresarbeitsprogramms 2014 den Auftrag zur Entwicklung der ent-

¹⁴ siehe Positionen des RH „Verwaltungsreform 2011“ (Reihe Positionen 2011/1) und „Positionen für eine nachhaltige Entwicklung Österreichs“ (Reihe Positionen 2016/2)

¹⁵ Patient Blood Management ist ein individuelles Behandlungskonzept zur Reduktion und Vermeidung von Anämie und Blutverlust sowie zum rationalen Einsatz von Blutprodukten.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



sprechenden Qualitätsstandards. Dieser Arbeitsauftrag war in den Bundes-Jahresarbeitsprogrammen für die Jahre 2015 und 2016 im Wesentlichen in unveränderter Form enthalten. Allfällige bereits erfolgte (Teil-)Umsetzungsschritte — wie den 2015 erstellten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene — wiesen die Programme hingegen nicht aus.

Der Umsetzungsstand dieses Arbeitsauftrags sollte im Rahmen des Zielsteuerungs-Monitorings gemessen und transparent dargestellt werden. Hierfür erstellte die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der BZK halbjährlich Monitoringberichte. Der zur Zeit der Gebarungüberprüfung durch den RH aktuellste, im April 2017 erstellte und im Juni 2017 von der BZK abgenommene Monitoringbericht stellte einen vorläufigen Abschluss der Monitoringberichtsreihe dar und dokumentierte den Grad der Zielerreichung für die gesamte erste Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016. Der Bericht hielt fest, dass die Abstimmung der Themenbereiche für bundeseinheitliche Qualitätsstandards erfolgt und die Entwicklung umsetzungsreifer bundeseinheitlicher Qualitätsstandards abgeschlossen sei („Ziel erreicht“). Allerdings war zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch kein Qualitätsstandard Koloskopie veröffentlicht, das Ministerium konnte auch keine schriftlichen Unterlagen zu seinem Status vorlegen.

15.2

Der RH kritisierte die praktische Handhabung der — neben dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag — wesentlichen Zielsteuerungsinstrumente, nämlich der jährlichen Bundes-Jahresarbeitsprogramme und der halbjährlichen Monitoringberichte. Diese schufen nämlich nach Ansicht des RH keine Transparenz über den tatsächlichen Umsetzungsstand des im Zielsteuerungsvertrag festgelegten operativen Ziels, bundeseinheitliche Qualitätsstandards für ausgewählte Themenbereiche festzulegen.

Dies lag einerseits daran, dass die Jahres-Arbeitsprogramme über die gesamte Zielsteuerungsperiode hinweg den Arbeitsauftrag an die Fachgruppe Qualität zur Entwicklung solcher Standards in im Wesentlichen unveränderter Form enthielten, ohne allfällige bereits erfolgte (Teil-)Umsetzungsschritte — wie die Erstellung des Qualitätsstandards Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene — auszuweisen oder den Arbeitsauftrag entsprechend anzupassen.

Andererseits ging der tatsächliche Umsetzungsstand auch aus den Monitoringberichten nicht hervor. Die im aktuellsten Monitoringbericht getroffene Aussage, dass die Entwicklung umsetzungsreifer Qualitätsstandards abgeschlossen sei, war nach Ansicht des RH zumindest irreführend, weil zum Zeitpunkt der Berichtslegung im April 2017 ein Qualitätsstandard Koloskopie weder veröffentlicht war noch in umsetzungsreifer Form vorlag. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine Kritik und Empfehlungen in den [TZ 12](#) und [TZ 13](#).

Hinsichtlich der Handhabung der Zielsteuerungsinstrumente empfahl der RH dem Ministerium, für die Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 sicherzustellen, dass der tatsächliche Umsetzungsstand der im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ziele aus den Monitoringberichten klar hervorgeht.

- 15.3** Laut Stellungnahme des Ministeriums habe die von den Zielsteuerungspartnern vereinbarte Neugestaltung der Monitoringberichte insbesondere zum Ziel, die Darstellung der Zielerreichung zukünftig zu verbessern.

Integrierte Versorgungsprogramme

- 16** Integrierte Versorgungsprogramme bzw. Disease Management Programme waren Behandlungsprogramme für chronisch kranke oder multimorbide Menschen mit dem Ziel, Folgeerkrankungen und Komplikationen hinauszuzögern oder zu vermeiden.¹⁶ Sie orientierten sich — wie Qualitätsstandards — an wissenschaftlich überprüften krankheitsspezifischen Leitlinien und Behandlungspfaden. Weitere Merkmale waren die aktive Teilnahme der Patientinnen und Patienten („Empowerment“) sowie die regelmäßige Dokumentation durch die Ärztin bzw. den Arzt.

Das einzige bislang in Österreich flächendeckend etablierte Programm war das von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Auftrag des Hauptverbands ab dem Jahr 2003 entwickelte Disease Management Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Diabetikerinnen und Diabetikern. Das Programm war ab dem Jahr 2007 im Rahmen von Reformpoolprojekten der teilnehmenden Bundesländer eingeführt worden und wurde im Rahmen einer im Jahr 2015 vorgelegten wissenschaftlichen Studie¹⁷ evaluiert. Die Studie zeigte, dass eine Programmteilnahme sowohl die Mortalität als auch die Gesamtkosten senken konnte. Darüber hinaus reduzierte eine Teilnahme am Programm auch die Wahrscheinlichkeit von Spätfolgen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt. Die Implementierung des Programms

¹⁶ Die Fachgruppe Qualität legte im März 2014 fest, dass folgende Definition von integrierter Versorgung den weiteren Arbeiten zugrunde liegen sollte: „Integrierte Versorgung (IV) ist eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und nach standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfade etc.) ausgerichtete Versorgung. Sie umfasst Prozess- und Organisationsintegration.“ Die Fachgruppe Qualität orientierte sich dabei an einer Definition des Competence Centers Integrierte Versorgung (CCIV) der österreichischen Sozialversicherung sowie an den Begriffsbestimmungen des Gesundheitsreformgesetzes, BGBl. Nr. 81/2013. Gemäß einem Bericht des Ministeriums („Evaluierung IV-Programme“, Dezember 2014) gab es zwei Ansätze der integrierten Versorgung, nämlich indikationsbezogen jeweils für eine bestimmte Krankheit (z.B. Disease Management Programme) und populationsbezogen für eine definierte Bevölkerungsgruppe. Integrierte Versorgungsprogramme im engeren Sinne waren Programme, die zumindest zwei Sektoren der Gesundheitsversorgung verbinden (akutstationärer Bereich, ambulanter Bereich, Rehabilitationsbereich, Pflegebereich).

Der RH differenziert in der Folge nicht zwischen Disease Management Programmen und Programmen der integrierten Versorgung, weil dies aus seiner Sicht für die Beurteilung der Zielerreichung nicht ausschlaggebend ist.

¹⁷ Andrea Berghold, Regina Riedl: Disease Management Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“, Abschlussbericht zur Evaluierung, Graz 2015

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



hatte mit Anfang 2017 in allen Bundesländern begonnen, wenn auch hinsichtlich der Teilnehmerzahlen große Unterschiede zwischen den Bundesländern bestanden. Der RH hatte die österreichweite Implementierung des Programms in seinem Bericht „Gesundheit in Österreich“, Reihe Bund 2015/3, empfohlen.

17.1

(1) Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag enthielt das operative Ziel, integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte häufige und/oder chronische Krankheiten zu entwickeln, festzulegen und in der Folge auf Landesebene umzusetzen. Dazu vereinbarten die Zielsteuerungspartner die folgenden Maßnahmen:

- Evaluierung und gegebenenfalls Adaptierung der bestehenden integrierten Versorgungsprogramme (bis Ende 2015);
- Abstimmung zwischen den Vertragsparteien, welche weiteren integrierten Versorgungsprogramme entwickelt und umgesetzt werden sollen (bis Ende 2015);
- schrittweise Erarbeitung der vereinbarten integrierten Versorgungsprogramme sowie Vorlage an die Bundes–Zielsteuerungskommission (bis Ende 2016).

(2) Die Gesundheit Österreich GmbH erstellte im Jahr 2014 eine zusammenfassende Darstellung der von unterschiedlichen Akteuren entwickelten und zumeist auf regionaler Ebene implementierten Projekte zur integrierten Versorgung.¹⁸ Dieser Bericht sollte vor allem klären, welche dieser Projekte für eine bundesweite Ausrollung in Frage kämen. Auf dieser Grundlage nahmen die Mitglieder der Fachgruppe Qualität in einer Sitzung im Oktober 2014 eine Priorisierung vor und schlugen drei Themen für eine bundesweite Ausrollung vor, nämlich Schlaganfall, Diabetes und Herzinsuffizienz. Diesen Vorschlag nahm die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem in ihrer Sitzung im November 2014 zur Kenntnis.

(3) Die Bundes–Jahresarbeitsprogramme der folgenden Jahre konkretisierten die oben angeführten Maßnahmen wie folgt: Im Jahr 2015 waren „allenfalls Vorarbeiten für die schrittweise Erarbeitung der von der BZK beschlossenen integrierten Versorgungsprogramme einschließlich Festlegung von Zielwerten¹⁹“ zu leisten. Im Jahr 2016 waren die Arbeiten an den „von der BZK beschlossenen Programmen (Diabetes, Schlaganfall)“ fortzuführen. Allerdings hatte die BZK bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH weder einen Beschluss über die Priorisierung

¹⁸ Die Gesundheit Österreich GmbH listete darin rund 20, größtenteils regionale Initiativen auf, die jedoch bislang nicht hinreichend evaluiert wurden. Die Gesundheit Österreich GmbH empfahl bei einigen Projekten eine Evaluierung im Hinblick auf eine bundesweite Ausrollung. Die Fachgruppe Qualität sah jedoch in ihrer Sitzung im Oktober 2014 keinen weiteren Evaluierungsbedarf.

¹⁹ Anteil der im jeweiligen Programm versorgten Personen; Entwicklung der Krankenhausaufenthalte der im jeweiligen Programm erfassten Krankheitsbilder

möglicher Themen oder Krankheitsbilder noch einen Beschluss über die Ausrollung von integrierten Versorgungsprogrammen gefasst.

(4) Den Monitoringberichten war nicht zu entnehmen, ob und welche integrierten Versorgungsprogramme entwickelt, beschlossen, eingeführt oder evaluiert waren. Obwohl laut dem aktuellsten, im April 2017 von der BZK abgenommenen Monitoringbericht eine Abstimmung zwischen den Vertragsparteien hinsichtlich der gemeinsam umzusetzenden Programme bereits erfolgt sei („Ziel erreicht“) und die Entwicklung der Programme bis Ende 2016 planmäßig abgeschlossen werden könne („Zielerreichung im Plan“), lag zur Zeit der Gebarungüberprüfung durch den RH — mit Ausnahme des bereits ab dem Jahr 2007 ausgerollten Disease Management Programms „Therapie aktiv“ — kein einziges bundesweites integriertes Versorgungsprogramm vor.

Die Länder Oberösterreich und Tirol wiesen in ihren Stellungnahmen zu den Monitoringberichten auf die Säumigkeit des Bundes bei der Auswahl von Krankheitsbildern und bei der Entwicklung entsprechender Programme für einen bundesweiten Einsatz hin.

17.2

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 vertrat die Ansicht, dass integrierte Versorgungsprogramme bzw. Disease Management Programme geeignete Instrumente zur Verbesserung der Behandlungsqualität für chronisch Kranke waren.

Der RH empfahl dem Ministerium, der BZK einen Beschlussantrag zur Priorisierung und bundesweiten Ausrollung weiterer integrierter Versorgungsprogramme vorzulegen und in der Folge die zügige Entwicklung und Implementierung dieser Programme sicherzustellen.

Der RH kritisierte, dass die Monitoringberichte in der vorliegenden Form nicht geeignet waren, Transparenz über die Zielerreichung zu schaffen.

Der RH verwies diesbezüglich auf seine in **TZ 15** ausgesprochene Empfehlung.

17.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums werde derzeit entsprechend den Vorgaben des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene und der Bundes–Jahresarbeitsprogramme an der Abarbeitung der bereits priorisierten Themen für integrierte Versorgungsprogramme (z.B. Schlaganfall) gearbeitet. Da die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen beschränkt seien, könne die Bearbeitung weiterer Themen erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Eine entsprechende Priorisierung von Themen werde durch die BZK zu gegebenem Zeitpunkt vorgenommen. Die Implementierung der gemeinsam festgelegten Programme in ihren Wirkungsbereichen sei Aufgabe der Bundesländer und der Sozialversicherung; auf Bundesebene könne durch entsprechende Maßnahmen (Informationsbereitstellung etc.) bei der Umsetzung lediglich unterstützend mitgewirkt werden.

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme

18 Als Qualitätsstandard im Sinne eines Instruments zur Sicherstellung eines bundesweit einheitlichen Vorgehens in der Qualitätsarbeit (**TZ 11**) waren gemäß Bundes–Zielsteuerungsvertrag auch die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme zu verstehen (**TZ 19**).

Qualitätsmanagementsysteme waren Konzepte zur Bereitstellung jener Strukturen und Abläufe, die für die Führung einer Organisation mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung erforderlich waren. Sie orientierten sich häufig an internationalen Normen wie der DIN EN ISO 9001, die Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme, etwa die Dokumentation von Zielen und die Beschreibung von Prozessen betreffend, enthielt.

19.1 (1) Gemäß dem Bundes–Zielsteuerungsvertrag waren zur Sicherstellung der Behandlungsqualität bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens verbindlich festzulegen und in der Folge schrittweise einzuführen und zu evaluieren. Darüber hinaus war eine periodische Berichterstattung zur Umsetzung der Qualitätsmanagementsysteme zu etablieren. Mit der Umsetzung war zunächst federführend die Fachgruppe Qualität, seit 2016 die Fachgruppe Recht beauftragt.

(2) Die BZK nahm im Oktober 2014 einen Bericht der dafür eingerichteten Projektgruppe „Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme“ zur Kenntnis. Dieser führte sechs „Kategorien der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme“²⁰ an, zu denen von allen Gesundheitsdienstleisterinnen und –dienstleistern „Maßnahmen zu definieren und entsprechend zu bearbeiten“ wären. Die Kategorien sollten in weiterer Folge als Grundlage für die verpflichtende Quali-

²⁰ Die sechs Kategorien waren: Strukturqualitätskriterien; Prozesse (Leistungen); Risikomanagement/Patienten–/Mitarbeitersicherheit; Patientenorientierung; Mitarbeiterorientierung; Transparenz/Ergebnisqualität

tätsberichterstattung sowie für die Überprüfung dienen, ob die Mindestanforderungen eingehalten werden. Das Ministerium veröffentlichte den Bericht auf seiner Website; bis zur Schaffung der rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Umsetzung auf Bundesebene würden die darin enthaltenen Mindestanforderungen als Empfehlung der BZK für alle Berufsgruppen im österreichischen Gesundheitswesen gelten.

(3) Allerdings unterblieb in der Folge die Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen, weil die Fachgruppe Qualität im Mai 2016 zu dem Schluss kam, dass „die Generalklauseln in den Berufsgesetzen als Sicherstellung der Mindestanforderungen als ausreichend angesehen werden können und es daher keiner rechtlichen Änderung bedürfe.“ Das Ministerium begründete dies dem RH gegenüber mit der Unmöglichkeit, eine für alle Berufsgruppen angemessene einheitliche rechtliche Grundlage für die Gestaltung und Nutzung von Qualitätsmanagementsystemen zu schaffen.

(4) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH waren niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, im Unterschied etwa zu Deutschland²¹, nicht zur Nutzung eines internen Qualitätsmanagementsystems verpflichtet, auch bundeseinheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme lagen nicht vor.

19.2

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.

Die vom Ministerium ins Treffen geführten Schwierigkeiten bei der Schaffung einer einheitlichen Rechtsgrundlage für alle Berufsgruppen erachtete der RH in Anbetracht der Vielfalt der im Gesundheitswesen tätigen Berufe als nachvollziehbar, er merkte dazu jedoch an, dass diese schon bei der Aufnahme des Ziels in den Bundes-Zielsteuerungsvertrag bestanden hatten. Nicht teilen konnte der RH hingegen die Auffassung der Fachgruppe Qualität, wonach die Generalklauseln in den Berufsgesetzen für die Sicherstellung der Mindestanforderungen ausreichend wären und es daher keiner rechtlichen Änderung bedürfe; der RH verwies insbesondere auf diesbezüglich fehlende Vorgaben für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

²¹ § 135a Sozialgesetzbuch V

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Der RH empfahl dem Ministerium, ehestens mit der Entwicklung von berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme zu beginnen, diese in der Folge einzuführen und deren Einhaltung im Wege einer periodischen Berichterstattung zu überprüfen. In Anbetracht der sich aufgrund der Vielfalt der Gesundheitsberufe und der damit einhergehenden differenzierten Anforderungen ergebenden Schwierigkeiten sollte sich das Ministerium dabei zunächst auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte konzentrieren.

- 19.3** Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, es nehme die Ausführungen des RH zur Kenntnis. Dem vom Ministerium in der Diskussion mit dem RH dargelegten Standpunkt über die grundlegende Problematik und die diesbezüglich getroffenen Entscheidungen in den Gremien der Zielsteuerung–Gesundheit sei derzeit nichts hinzuzufügen.

Qualitätsmessung

Überblick und Ziele

- 20** Die Messung der Qualität der Leistungserbringung in allen Sektoren des Gesundheitswesens war ein wesentlicher Aspekt der Qualitätsarbeit des Bundes. Dabei sollte beurteilt werden, inwiefern die strukturellen Rahmenbedingungen, die Prozessabläufe und die Behandlungsergebnisse mit diversen Vorgaben und mit den Zielen guter Behandlung, die u.a. in den Qualitätsstandards festzulegen waren, übereinstimmten. Für den niedergelassenen Bereich enthielten die Rechtsgrundlagen Vorgaben für zwei Varianten der Qualitätsmessung:

- Zum einen enthielt das Ärztegesetz seit 2006 die Verpflichtung zu einer regelmäßigen umfassenden **Messung der Qualität in Ordinationsstätten**. Die Österreichische Ärztekammer legte die Beurteilungskriterien in der im übertragenen Wirkungsbereich erlassenen Qualitätssicherungsverordnung fest und bediente sich der **ÖQMed** zur Vornahme des Evaluierungsverfahrens.
- Zum anderen sahen sowohl das Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz als auch der Bundes–Zielsteuerungsvertrag die Entwicklung und Umsetzung eines adäquaten Systems zur **Ergebnisqualitätsmessung** und –sicherung im ambulanten und damit auch im niedergelassenen Bereich vor.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das Ergebnis der von der ÖQMed durchgeführten Qualitätsmessung in Ordinationsstätten (**TZ 20 bis TZ 24**) sowie über den Umsetzungsstatus der die Qualitätsmessung betreffenden Ziele des Bundes–Zielsteuerungsvertrags (**TZ 25, TZ 26**):

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Tabelle 5: Überblick Qualitätsmessung

Qualitätsmessung durch die ÖQMed	Selbstevaluierung	Validitätsprüfung
Ordinationen mit zumindest einem Mangel	rd. 3 %	rd. 18 %
Qualitätsmessung gemäß Zielsteuerung–Gesundheit	SOLL	IST
Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich	im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016 umzusetzen	nicht umgesetzt
verbindliche bundesweit einheitliche Diagnosen– und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich	im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016 umzusetzen	nicht umgesetzt

ÖQMed = Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

Quellen: ÖQMed; BMGF

Qualitätsmessung durch die ÖQMed

Evaluierungsverfahren

21.1

(1) Die Evaluierung bzw. Messung der Qualität in Ordinationsstätten durch die ÖQMed basierte auf der von der Österreichischen Ärztekammer erlassenen Qualitätssicherungsverordnung. Gemäß Ärztegesetz hatte die ÖQMed eine Evaluierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einschließlich Gruppenpraxen zumindest alle fünf Jahre und darüber hinaus im Anlassfall durchzuführen, wobei die Verordnung ein kürzeres Intervall bestimmen konnte. Tatsächlich erfolgte die Evaluierung bislang in Sechs–Jahres–Zyklen (2006 bis 2011 sowie 2012 bis 2017), weil die Gültigkeitsdauer der bisherigen, in den Jahren 2006 und 2012 erlassenen Qualitätssicherungsverordnungen jeweils um ein Jahr verlängert wurde.

(2) Die für den überprüften Zeitraum maßgebliche Qualitätssicherungsverordnung 2012 legte 23 Evaluierungskriterien fest, die sich auf die Struktur– und die Prozessqualität, nicht aber auf die Ergebnisqualität bezogen.

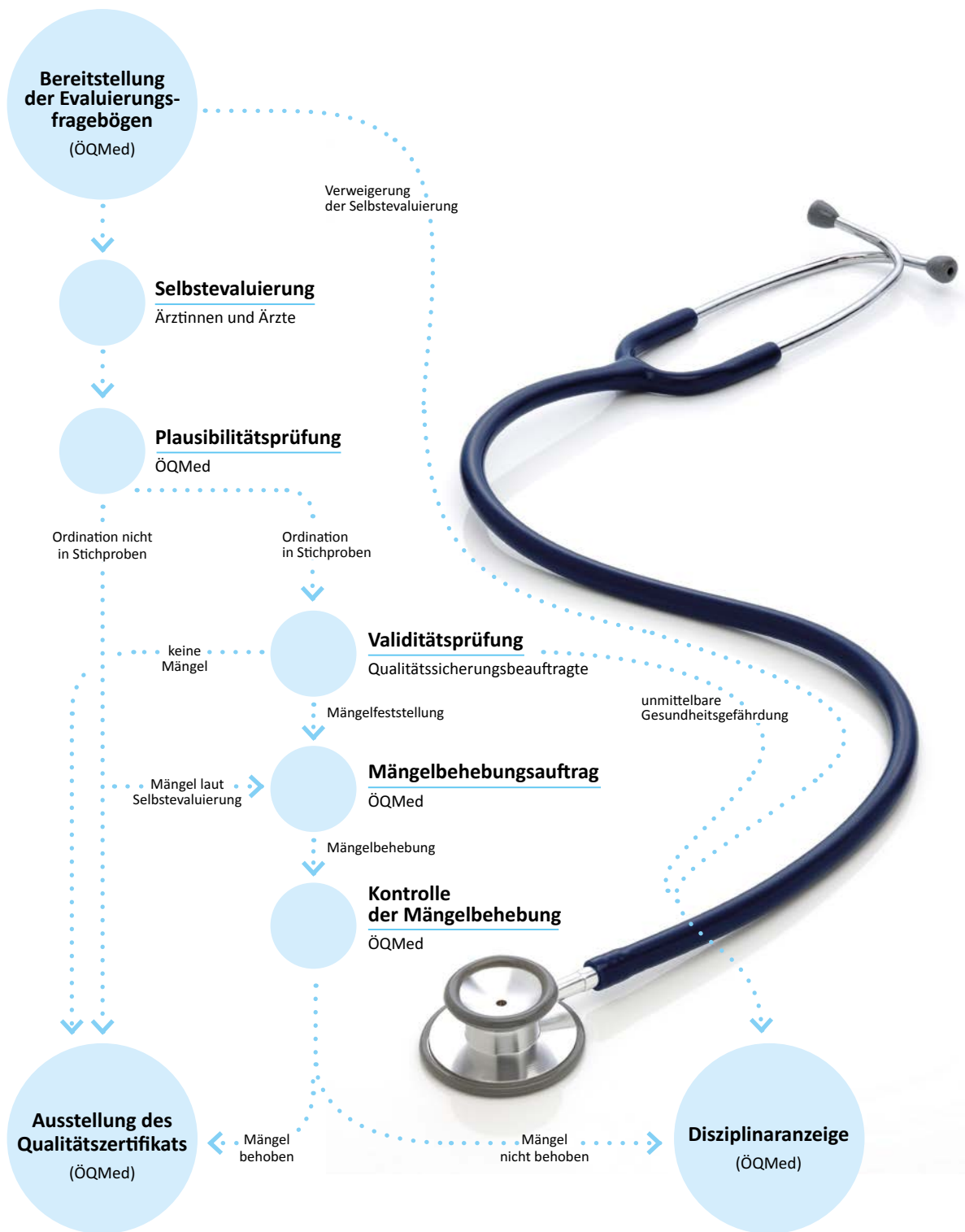
(3) Der Ablauf des mehrgliedrigen Evaluierungsverfahrens ist in der folgenden Abbildung skizziert:

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Abbildung 3: Ablauf des Evaluierungsverfahrens



ÖQMed = Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
 QS = Qualitätssicherung

Quellen: Qualitätssicherungsverordnung 2012;
 ÖQMed Jahresbericht 2014; Darstellung: RH
 Foto: iStock_studiocasper

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Zunächst hatten alle Ärztinnen und Ärzte die Qualität ihrer Ordinationen durch Ausfüllen eines von der ÖQMed zur Verfügung gestellten Evaluierungsfragebogens selbst zu bewerten (TZ 23). Im Anschluss hatte die ÖQMed die Daten aus dieser Selbstevaluierung auf Plausibilität zu prüfen und auszuwerten. Das Verfahren konnte nach der Plausibilitätsprüfung²² durch Ausstellung eines Qualitätszertifikats beendet werden (TZ 24), sofern keine Validitätsprüfung durchgeführt wurde.

Im Rahmen von Validitätsprüfungen wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien auf der Grundlage von Ordinationsbesuchen überprüft, die eigens dafür ausgebildete Qualitätssicherungsbeauftragte durchführten, und zwar

- stichprobenartig zur Überprüfung der im Rahmen der Selbstevaluierung gemachten Angaben (TZ 24);
- bei wiederholtem, ungerechtfertigtem Versäumnis der Frist zur Selbstevaluierung; dies traf im laufenden Evaluierungszyklus (2012 bis 2017) insgesamt 94 Mal zu. Im Falle der Verweigerung dieser Überprüfung hatte die ÖQMed Disziplinaranzeige bei der Österreichischen Ärztekammer einzubringen (TZ 24);
- auf Anregung der Ärztekammern, der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbands, der Patientenvertretung sowie der Behörden (sogenannte spezifische Vor-Ort-Besuche).

21.2

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 war, aufgrund der Erstreckung der Gültigkeitszeiträume der bisher erlassenen Qualitätssicherungsverordnungen und der damit einhergehenden Verlängerung der Evaluierungszyklen auf jeweils sechs Jahre bislang nicht eingehalten wurde.

Der RH empfahl der Österreichischen Ärztekammer daher, die künftigen Qualitätssicherungsverordnungen rechtzeitig vorzubereiten, um diese nahtlos bei Auslaufen der jeweiligen Vorgängerverordnung in Kraft setzen zu können.

21.3

Die Österreichische Ärztekammer wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Erarbeitung und Abstimmung der Ausstattungslisten für die mit der Ärztinnen- und Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 eingeführten neuen Sonderfächer die Verlängerung des Geltungszeitraums der Qualitätssicherungsverordnung erforderlich gemacht hätten. Für die Zukunft seien eine Verlängerung des Gültigkeitszeitraums der

²² Die Plausibilitätsprüfung, also die Überprüfung der ausgefüllten Fragebögen auf Schlüssigkeit und Widerspruchsfreiheit, hatte zuletzt wegen der Individualisierung der Fragebögen und der verstärkt eingesetzten IT-Prüfroutinen nur mehr geringe praktische Bedeutung.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Qualitätssicherungsverordnung und eine Abstimmung mit den weiteren ärztlichen Evaluierungssagenden in Aussicht genommen.

21.4 Der RH nahm die laufenden Bestrebungen zur Kenntnis, den Gültigkeitszeitraum für die Qualitätssicherungsverordnung zukünftig mit anderen gesetzlichen Nachweis- und Berichtspflichten zu harmonisieren. Er wies gegenüber der Österreichischen Ärztekammer aber erneut auf die — aus seiner Sicht derzeit eindeutige — Rechtslage hin, wonach eine fünfjährige Geltungsdauer und erforderlichenfalls eine Anpassung vor deren Ablauf, nicht aber eine Verlängerung vorgesehen waren.

22.1 (1) Das zentrale Instrument für die Abwicklung des Evaluierungsverfahrens war das von der ÖQMed zu führende **Qualitätsregister**. Darin wurden u.a. jene Stammdaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verwaltet, die zur Erlangung der ärztlichen Berufsberechtigung bei der Eintragung in die von der Österreichischen Ärztekammer geführte Ärzteliste erfasst wurden. Die Landes-Ärztekammern meldeten bzw. aktualisierten diese Daten auf verschiedene Art und Weise: Während die Landes-Ärztekammern für Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg ihre Stammdaten über eine Serververbindung in einem 15-Minuten-Intervall automatisch aktualisierten, übermittelten andere wöchentlich (Wien und Burgenland) oder monatlich (Kärnten, Steiermark, Tirol und Vorarlberg) PDF-Dateien, die von der Österreichischen Ärztekammer manuell eingearbeitet werden mussten. Aufgrund dieser uneinheitlichen Vorgehensweise war das Qualitätsregister nicht für alle Bundesländer durchgehend aktuell. Die Österreichische Ärztekammer arbeitete jedoch an einem IT-Projekt, das künftig eine tagesaktuelle elektronische Verfügbarkeit der zur Führung der Ärzteliste notwendigen Daten sicherstellen sollte.

(2) Der Stammdatensatz²³ konnte über die Arztnummer, die bei der Eintragung in die Ärzteliste von Gesetzes wegen zu vergeben war, einer konkreten Person zugeordnet werden. Eine solche Zuordnung war — in Ermangelung eines der Arztnummer vergleichbaren Identifikators (Ordinationsnummer) — bei Ordinationen nicht möglich. Da aber im Qualitätsregister die jeweilige Ordinationsstätte Anknüpfungspunkt des Evaluierungsverfahrens war, ergaben sich, bspw. im Falle von Stammdatenänderungen, praktische Probleme bei dessen Abwicklung.

22.2 (1) Der RH stellte kritisch fest, dass das Qualitätsregister der ÖQMed aufgrund der unterschiedlichen Handhabung der Stammdatenpflege durch die Landes-Ärztekammern nicht für alle Bundesländer durchgehend aktuell gehalten werden konnte. Die Notwendigkeit, die von den Landes-Ärztekammern gelieferten Daten zum Teil manuell einzupflegen, stellte eine potenzielle Fehlerquelle dar.

²³ u.a. Personen-, Kontakt- bzw. Adressdaten sowie Daten über Art, Ort und Dauer der ärztlichen Tätigkeit

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Der RH empfahl der Österreichischen Ärztekammer, das IT-Projekt, das künftig eine tagesaktuelle elektronische Verfügbarkeit der zur Führung der Ärzteliste notwendigen Daten bundesweit sicherstellen sollte, umzusetzen und damit eine durchgehende Aktualität des Qualitätsregisters zu gewährleisten.

(2) 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.

Der RH empfahl der Österreichischen Ärztekammer vor diesem Hintergrund, im Rahmen des IT-Projekts auch auf eine Erweiterung des Stammdatensatzes um eine Ordinationsnummer hinzuwirken.

22.3

Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer habe das IT-Projekt zur Sicherstellung der tagesaktuellen Verfügbarkeit der Stammdaten aus der Ärzteliste Priorität. Die Kammer werde die Vorteile der Aufnahme einer Ordinationsnummer in den Datensatz der Ärzteliste für die Qualitätssicherung prüfen und gegebenenfalls auf eine datenschutzrechtlich notwendige Ergänzung des Ärztegesetzes hinwirken.

Selbstevaluierung

23.1

(1) Die Ärztinnen und Ärzte bewerteten die Qualität ihrer Ordinationen durch Ausfüllen eines von der ÖQMed zur Verfügung gestellten und teilweise individualisierten (Fachrichtung, Leistungsspektrum etc.) Evaluierungsfragebogens in einem ersten Schritt selbst.²⁴

(2) Die Evaluierungsfragen waren Entscheidungsfragen und somit ausschließlich mit

- „ja“ (in grüner Farbe gehalten und mit dem Vermerk: „Notwendiger Qualitätsstandard der ärztlichen Praxis“ versehen) oder
- „nein“ (in roter Farbe gehalten und mit dem Vermerk: „Löst einen Mängelbehebungsauftrag aus“ versehen)

zu beantworten. Aus diesem Grund konnte beim Ausfüllen des Evaluierungsfragebogens bspw. nur pauschal beantwortet werden, ob die Vorgaben der Hygienever-

²⁴ Die Fragebogenbeantwortung konnte sowohl online über ein von der ÖQMed betriebenes Portal als auch durch Retournierung eines zuvor bei der ÖQMed beantragten Papierfragebogens erfolgen. Im Rahmen des seit 2012 laufenden Evaluierungszyklus nahmen im Durchschnitt 90 % der Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit in Anspruch, die Fragen online zu beantworten.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



ordnung der Österreichischen Ärztekammer eingehalten wurden. Die sehr detaillierten und fachrichtungsspezifischen Vorgaben selbst spiegelten sich in den Fragen nicht wider; lediglich ein Verweis auf die Verordnung war im Fragebogen enthalten.

(3) Für den Fall, dass eine Evaluierungsfrage mit „nein“ beantwortet und daher das Evaluierungskriterium nicht erfüllt war, hatte die ÖQMed der Ärztin bzw. dem Arzt einen schriftlichen Mängelbehebungsauftrag zu erteilen. Darin waren alle zutage getretenen Mängel, die jeweils geforderte Art des Mängelbehebungsnachweises und die Frist zur Mängelbehebung anzuführen.

Von den in den Jahren 2012 bis 2016 zur Evaluierung aufgeforderten Ärztinnen und Ärzten gaben rd. 97 % an, dass sie die Evaluierungskriterien vollständig erfüllten und in ihrer Einrichtung kein Mangel vorliege. Für rd. 3 % der Ordinationen war im Evaluierungsbogen zumindest ein Mangel angegeben, sodass die betroffenen Ärztinnen und Ärzte von der ÖQMed zur Behebung des Mangels bzw. der Mängel aufgefordert wurden. Außerdem lösten auch das unbegründete Versäumen der Frist für die Abgabe der Selbstevaluierung, die Feststellung von Mängeln im Zuge der Validitätsprüfung sowie Beanstandungen im Zuge der spezifischen Vor-Ort-Besuche durch die Qualitätssicherungsbeauftragten einen Mängelbehebungsauftrag aus.

Als Nachweis der Mängelbehebung akzeptierte die ÖQMed die Übermittlung eines Fotos und gegebenenfalls einer Rechnung, eine Überprüfung der Mängelbehebung in der Ordination fand in der Regel nicht statt. Wurde die Behebung des Mangels der ÖQMed nicht gemeldet, mahnte diese die Behebung der Versäumnisse ein.

23.2

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 — nahelegte. Er sah dies im Zusammenhang mit der aus der Selbstbewertung resultierenden geringen Mängelquote – nur 3 % der Ordinationen wiesen demnach zumindest einen Mangel auf – kritisch.

Der RH empfahl der ÖQMed, die Antwortmöglichkeiten neutraler zu gestalten.

Der RH hielt es für unzweckmäßig, dass die Einhaltung der Hygieneverordnung lediglich pauschal bejaht oder verneint werden konnte, 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.

Der RH empfahl der ÖQMed daher, die Einhaltung der Hygieneverordnung anhand konkreter Anforderungen an die Ordinationsstätten zu überprüfen und zu diesem Zweck ausgewählte und für die jeweilige Fachrichtung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte maßgebliche Vorgaben der Hygieneverordnung in die Fragebögen aufzunehmen.

23.3

Laut Stellungnahme der ÖQMed befinde sich die Empfehlung zur neutraleren Gestaltung der Antwortmöglichkeiten im Evaluierungsfragebogen bereits in Umsetzung.

Auch der Empfehlung, die Einhaltung der Hygieneverordnung nicht mehr pauschal abzufragen, sondern anhand konkreter Anforderungen an die Ordinationsstätte zu überprüfen, werde entsprochen.

Validitätsprüfung

24.1

(1) Nach der Selbstevaluierung führte die ÖQMed eine stichprobenartige Überprüfung der im Rahmen der Selbstevaluierung gemachten Angaben durch (Validitätsprüfung). Die Stichprobengröße durfte gemäß der Qualitätssicherungsverordnung pro 3.000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Zahl 200 nicht unterschreiten (rd. 6,7 %).

Im laufenden Zyklus wurden 1.443 Standorte vor Ort durch Qualitätssicherungsbeauftragte der ÖQMed auf die Validität ihrer Angaben kontrolliert, womit die vorgegebene Stichprobengröße eingehalten wurde. Jedoch war die Wahrscheinlichkeit, von einer Validitätsprüfung betroffen zu sein, aus der Sicht der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes gering.

(2) Anlässlich der Ordinationsbesuche stellte die ÖQMed bei 263 und damit bei rd. 18 % der überprüften Ordinationen zumindest einen Mangel fest.

Damit war der Anteil der Ordinationen, bei denen im Rahmen der Validitätsprüfung zumindest ein Mangel festgestellt werden konnte, sechs Mal so hoch wie der rd. 3 % betragende Anteil der Ordinationen, die laut Selbstbewertung durch die Ärztinnen und Ärzte zumindest einen Mangel aufwiesen (**TZ 23**).

24.2

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 abwich. Der RH gab in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Wahrscheinlichkeit einer Validitätsprüfung aus Sicht der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes gering war. Die Stichprobengröße von rd. 6,7 %

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



bedeutete nämlich, dass — statistisch gesehen — der Besuch einer bestimmten Ordination lediglich alle 14 Evaluierungszyklen und damit alle 70 Jahre erfolgte.

Er empfahl daher dem Ministerium und der Österreichischen Ärztekammer, Möglichkeiten zur Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen zu prüfen. 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 (**TZ 8**).

24.3

(1) Das Ministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Bundesministerin aufgrund der neuen Qualitätssicherungsverordnung 2018 nunmehr die Möglichkeit habe, die Stichprobengröße für einen bestimmten Evaluierungszyklus zu erhöhen.

(2) Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer spreche nichts gegen eine zukünftige Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen, sofern diese bspw. durch eine Beteiligung des Bundes finanziell bedeckt werde und keine weitere Belastung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte darstelle.

Abschluss des Evaluierungsverfahrens

25.1

(1) Die ÖQMed schloss das Evaluierungsverfahren durch Ausstellung eines Qualitätszertifikats ab, das bestätigte, dass die Ordination den geforderten fachspezifischen Qualitätskriterien gemäß Qualitätssicherungsverordnung entsprach. Dies galt auch in jenen Fällen, in denen keine Validitätsprüfung der im Rahmen der Selbstevaluierung von den Ärztinnen und Ärzten gemachten Angaben erfolgt war.

(2) Die Ausstellung des Zertifikats setzte voraus, dass kein Mangel vorlag bzw. allfällige Mängel nachweislich behoben worden waren. Die ÖQMed hatte Disziplinaranzeige bei der Österreichischen Ärztekammer zu erstatten, wenn die Mängelbehebung unterblieb oder die Ärztin bzw. der Arzt die Teilnahme am Evaluierungsverfahren verweigerte.

Die von der ÖQMed in den Jahren 2012 bis 2016 erstatteten Anzeigen führten zu 46 Disziplinarverfahren. In etwa der Hälfte der Fälle (24 Fälle) sprach die Österreichische Ärztekammer Freisprüche aus, stellte das jeweilige Verfahren ein oder legte die Anzeige zurück. In insgesamt 21 Fällen verhängte sie Disziplinarstrafen in Form von schriftlichen Verweisen oder Geldstrafen von durchschnittlich 2.992 EUR²⁵

²⁵ Die Österreichische Ärztekammer verhängte Geldstrafen von insgesamt 35.900 EUR in zwölf Fällen. Diese waren in zehn Fällen unbedingt (insgesamt 24.900 EUR, durchschnittlich 2.490 EUR) und in zwei Fällen bedingt (insgesamt 11.000 EUR, durchschnittlich 5.500 EUR).

sowie in einem Fall in Form einer befristeten Untersagung der Berufsausübung. Ein Urteil war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch ausständig.

In sieben Fällen verweigerten Ärztinnen und Ärzte die Teilnahme am Evaluierungsverfahren, die hierfür verhängten Geldstrafen (sechs Fälle) betrug durchschnittlich 1.483 EUR, in einem Fall wurde ein schriftlicher Verweis erteilt. Nach Auskunft der Österreichischen Ärztekammer versuchte die ÖQMed in diesen Fällen, das Evaluierungsverfahren zu einem späteren Zeitpunkt nachzuholen. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH wurde die strengste disziplinarrechtliche Sanktion, nämlich die Streichung aus der Ärzteliste, wegen Verweigerung der Teilnahme am Evaluierungsverfahren noch nicht verhängt.

(3) Im Falle einer fortwährenden Verweigerung der Teilnahme am Evaluierungsverfahren würde dies laut Ärztekammer zum Wegfall der gemäß Ärztegesetz zur Berufsausübung erforderlichen Vertrauenswürdigkeit und damit auch unabhängig von einem etwaigen Disziplinarverfahren zu einer Streichung aus der Ärzteliste führen.

25.2

(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.

[Der RH empfahl der Österreichischen Ärztekammer, in Zukunft 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.](#)

(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 Qualitätssicherungsverordnung²⁶ 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

²⁶ Ziel der Qualitätssicherungsverordnung war die systematische Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



gemäß Ärztegesetz zur Berufsausübung erforderlichen Vertrauenswürdigkeit und damit zu einer Streichung aus der Ärzteliste führen würde.

Der RH empfahl der Österreichischen Ärztekammer, im Interesse der Patientinnen und Patienten künftig eine lückenlose Evaluierung der Qualität der Ordinationsstätten sicherzustellen.

25.3

Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer sei eine lückenlose Evaluierung mittlerweile durch die neue Bestimmung des § 42 Abs. 3 Qualitätssicherungsverordnung 2018 gewährleistet. Gemäß dieser Bestimmung der nach Abschluss der Gebarungsüberprüfung kundgemachten neuen Qualitätssicherungsverordnung²⁷ habe die ÖQMed das Qualitätssicherungsverfahren nach Wegfall des Unterbrechungsgrundes (Disziplinaranzeige, Anzeige an die Bezirksverwaltungsbehörde oder Mitteilung über den Verfahrensstand an die Österreichische Ärztekammer) unverzüglich fortzusetzen.

Qualitätsmessung in der Zielsteuerung–Gesundheit

Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich

26.1

(1) Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 beschlossen die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherungsträger, für den ambulanten und damit auch den niedergelassenen Bereich bis Ende 2014 eine Ergebnisqualitätsmessung zu entwickeln, zu pilotieren und umzusetzen, die mit dem im stationären Bereich bestehenden System der Austrian Inpatient Quality Indicators (**A–IQI**) vergleichbar sein sollte.

(2) Das System A–IQI wurde unter Federführung der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse entwickelt und diente dem Ministerium zur bundesweit einheitlichen Messung der Ergebnisqualität im stationären Bereich. Dabei wurden in einem ersten Schritt aus Routinedaten (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)–Abrechnungsdaten) statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder in einzelnen Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet wurden dabei in erster Linie Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformationen, Operationstechniken sowie Versorgungs– und Prozessindikatoren.

Ursächlich für diese statistischen Auffälligkeiten bzw. signifikanten Abweichungen vom Durchschnitt waren allerdings nicht notwendigerweise Unterschiede in der Behandlungsqualität, sondern auch Einflussfaktoren, die aus der Analyse der Routinedaten nicht hervorgingen, bspw. Fehler bei der Codierung von Leistungen oder Unterschiede in der Patientenpopulation. Daher kam dem zweiten Bestandteil von

²⁷ Qualitätssicherungsverordnung 2018, kundgemacht am 19. Dezember 2017

A–IQI, dem sogenannten Peer–Review–Verfahren zur vertiefenden Analyse der statistischen Auffälligkeiten, zentrale Bedeutung zu. Wesentlicher Bestandteil war eine Diskussion der Einzelfälle im Sinne einer retrospektiven Analyse der Krankengeschichten, die das aus unabhängigen, erfahrenen und eigens geschulten Primärärztinnen und –ärzten (Peers) bestehende Peer–Review–Team mit den Primärärztinnen und –ärzten vor Ort führte (kollegialer Dialog) und die gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen zum Ziel hatte.²⁸ Das Ministerium führte die Schulungen der Peers durch und organisierte das Peer–Review–Verfahren.

(3) Für den ambulanten und damit auch den niedergelassenen Bereich war ein vergleichbares System bisher weder entwickelt noch umgesetzt; das entsprechende Ziel konnte im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode nicht erreicht werden. Allerdings hatte die Fachgruppe Qualität mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH bereits Grundlagenarbeit zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich geleistet und der BZK im März 2015 ein Erstkonzept vorgelegt, das diese in überarbeiteter Form im April 2016 zustimmend zur Kenntnis nahm. In der Folge starteten Pilotprojekte in Oberösterreich und in der Steiermark (Diabetes Mellitus Typ II) sowie in Vorarlberg (Blasenkarzinom).

(4) Das Konzept wies auf die für die Qualitätsmessung bedeutenden Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sowie darauf hin, dass für den ambulanten Bereich zwar seit dem Erhebungsjahr 2014 die Leistungsdokumentation sowie die Abrechnungsdaten der Sozialversicherung vorlagen, im Gegensatz zum stationären Bereich aber keine verpflichtende Diagnosendokumentation erfolgte (TZ 27).

(5) Vor diesem Hintergrund legten die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherungsträger in der neuen Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens fest, dass die Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich auf der Grundlage des beschlossenen Konzepts weiterzuentwickeln und umzusetzen sei.²⁹ Als Voraussetzung dafür sei eine einheitliche Di-

²⁸ Das folgende Beispiel veranschaulicht die Wirkungsweise von A–IQI: „Die Berechnung des Indikators „Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle“ ergibt, dass in einer bestimmten Krankenanstalt 20 % aller mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt behandelten Patienten innerhalb des Krankenhauses verstorben sind, während die Todesrate im österreichweiten Durchschnitt lediglich 6,3 % beträgt. Diese statistische Auffälligkeit bedarf einer Klärung der Ursachen. Im Rahmen des Peer–Review–Verfahrens führt das Krankenhaus zunächst eine Selbstbewertung durch. Bei der retrospektiven Betrachtung der Versorgungsprozesse zeigt sich, dass... Das Ergebnis der Selbstbewertung bestätigt sich im kollegialen Dialog mit den Peers... Als Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität, im konkreten Fall also zur Verringerung der Sterberate werden (...) vereinbart.“

²⁹ Art. 8 Abs. 5 der Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017; die Vereinbarung wurde gemäß ihrem Art. 1 zwischen Bund und Ländern als Vertragsparteien „unter Berücksichtigung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner der Zielsteuerung–Gesundheit“ abgeschlossen.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



agnosen- und Leistungsdokumentation (**TZ 27**) aufzubauen und bei allen Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern verpflichtend umzusetzen.

26.2

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.

Der RH empfahl dem Ministerium, auf eine Umsetzung des im Rahmen 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 hinzuwirken.

26.3

Laut Stellungnahme des Ministeriums werde sich der Bund im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür einsetzen, dass die Arbeiten zur Ergebnisqualitätssicherung im ambulanten Bereich einschließlich einer Ergebnisqualitätsmessung innerhalb der laufenden Zielsteuerungsperiode soweit wie möglich abgeschlossen werden.

Diagnosen- und Leistungsdokumentation

27.1

(1) Die einheitliche und standardisierte Dokumentation von Diagnosen und Leistungen war nicht nur notwendige Voraussetzung für die Messung der Ergebnisqualität, sondern auch eine wesentliche Grundlage für die Planung und Steuerung im Gesundheitswesen.³⁰

Bereits die als Grundlage der Gesundheitsreform 2005 abgeschlossene Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens legte fest, dass die Dokumentation der Diagnosen im gesamten (sowohl intra- als auch extramuralen) ambulanten Versorgungsbereich ab 1. Jänner 2007 erfolgen sollte. Im spitalsambulanten Bereich waren demgemäß neben den Diagnosen auch die Leistungen ab Anfang 2007 zu dokumentieren. Die Bundesgesundheitsagentur hatte dazu einen Leistungskatalog unter Berücksichtigung des Leistungsgeschehens im niedergelassenen Bereich und in der Folge auf dieser Grundlage ein bundeseinheitliches Modell zur leistungsorientierten Abgeltung zu entwickeln.

(2) Das Ziel der Einführung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation wurde auch im Bundes-Zielsteuerungsvertrag verankert und die Fachgruppe Finanzierung/Controlling federführend mit der Konzepterstellung sowie der Schaffung der

³⁰ Ergebnisbericht zur Pilotierung der ambulanten Diagnosendokumentation, BGK 7.12.2016, S. 6

für die flächendeckende Umsetzung erforderlichen (auch rechtlichen) Voraussetzungen beauftragt.

Nach Beschluss des Konzepts durch die Bundesgesundheitskommission im März 2014 starteten Pilotprojekte, an denen neben Spitalsambulanzen in Kärnten, der Steiermark und Vorarlberg auch zehn Ärztinnen und Ärzte aus Kärnten teilnahmen.

Für den niedergelassenen Bereich bestätigte das in Kärnten durchgeführte Pilotprojekt die technische Durchführbarkeit der Diagnosendokumentation. Der Zeitaufwand wurde als im Regelfall nicht messbar oder gering eingestuft und die meisten in den Arztpraxen verwendeten EDV-Systeme verfügten bereits über die Funktion der Erfassung von codierten Diagnosen nach ICD-10. Für den praktischen Einsatz wären Verbesserungen der Benutzerfreundlichkeit (Suchfunktion, Prüfung der Eingaben auf Vollständigkeit und formale Korrektheit) sowie Schulungen der Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich des Codierungssystems ICD-10 erforderlich.

(4) Die Bundesgesundheitskommission nahm den ihr vorgelegten Ergebnisbericht zu den Pilotprojekten im Dezember 2016 zur Kenntnis und hielt fest, dass das Ziel einer im gesamten ambulanten Bereich gültigen codierten Diagnosendokumentation weiterhin verfolgt werde.

27.2

Der RH hielt fest, dass die Einführung der ambulanten Diagnosendokumentation 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-Zielsteuerungsvertrag³¹ — auf die verbindliche Einführung der Diagnosendokumentation geeinigt hatten. Überdies hatten ein Pilotprojekt die technische Durchführbarkeit bestätigt und der Ergebnisbericht die zur Umsetzung erforderlichen begleitenden Maßnahmen schlüssig dargelegt.

Der RH kritisierte das zögerliche Vorgehen der Systempartner und empfahl dem Ministerium, auf eine ehebaldige gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosendokumentation hinzuwirken.

³¹ Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde zwischen dem Bund, vertreten durch die Bundesministerin bzw. den Bundesminister für Gesundheit und Frauen, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, vertreten durch die Vorsitzende bzw. den Vorsitzenden des Verbandsvorstands und die Vorsitzende bzw. den Vorsitzenden der Trägerkonferenz, und den neun Bundesländern, vertreten durch die jeweilige Landeshauptfrau bzw. den jeweiligen Landeshauptmann, abgeschlossen.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



27.3 Laut Stellungnahme des Ministeriums setze eine gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosedokumentation das Vorliegen entsprechender, mit den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und deren Interessensvertretungen inhaltlich weitgehend abgestimmter Umsetzungskonzepte voraus. Für eine hohe Akzeptanz und damit auch hohe Datenqualität sollten Dokumentation und Berichtswesen weitestgehend auf bereits bestehenden Routedokumentationen basieren.

27.4 Der RH entgegnete, dass bereits die als Grundlage der Gesundheitsreform 2005 abgeschlossene Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Dokumentation der Diagnosen im gesamten ambulanten Versorgungsbereich ab 1. Jänner 2007 festlegte. Er hielt daher an seiner Kritik und Empfehlung fest.

Qualitätsberichterstattung und Transparenz

Überblick und Ziele

28 (1) Die folgende Tabelle zeigt den Umsetzungsstand der gesetzlich vorgegebenen oder zwischen den Systempartnern vereinbarten Maßnahmen der Qualitätsberichterstattung (siehe dazu **TZ 29** bis **TZ 32**):

Tabelle 6: Überblick Qualitätsberichterstattung

	SOLL	IST
Qualitätsberichterstattung durch die ÖQMed (TZ 29)		
Vorgaben des Ministeriums zur Gestaltung des Qualitätsberichts	innerhalb der Gültigkeitsdauer der Qualitätssicherungsverordnung 2012 umzusetzen	nicht umgesetzt
Darstellung der aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen	innerhalb der Gültigkeitsdauer der Qualitätssicherungsverordnung 2012 umzusetzen	nicht umgesetzt
Qualitätsmessung gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (TZ 30)		
bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung	beginnend mit dem Jahr 2014 regelmäßige Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich	nicht umgesetzt
Qualitätsmessung gemäß Zielsteuerung (TZ 31, TZ 32)		
Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Berichterstattung zur Ergebnisqualität	im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016 umzusetzen	nicht umgesetzt
Erstellung und Veröffentlichung von Themenqualitätsberichten	im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016 umzusetzen	ein einziger Themenqualitätsbericht COPD im Jahr 2013

COPD = Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung

ÖQMed = Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

Quellen: ÖQMed; BMGF

(2) Im Rahmen der Qualitätsarbeit kam der Herstellung von Transparenz durch die Veröffentlichung von Qualitätsberichten besondere Bedeutung zu. Die Qualitätsberichterstattung konnte, abhängig von ihren Inhalten und Adressaten, verschiedene Funktionen erfüllen, wie die folgende Abbildung anhand von Beispielen veranschaulicht:

Tabelle 7: Funktionen der Qualitätsberichterstattung

Inhalt / Adressat	Strukturqualität Beispiele: Barrierefreier Zugang, fachliche Qualifikation	Prozessqualität Beispiel: Teilnahme an Disease Management Programmen	Ergebnisqualität Beispiel: Komplikationsrate bei ambulanter Koloskopie
Patientin/Patient	Information über Praxisausstattung, Ausbildung(en) der Ärztin oder des Arztes	Information über regionale Versorgungsangebote und Behandlungsmöglichkeiten	Unterstützung bei Artauswahl
Ärztin/Arzt	Einordnung des eigenen Ausstattungs- und Ausbildungsniveaus	Impuls für organisatorische Maßnahmen	Identifikation des Fortbildungsbedarfs
gesundheitpolitische Akteure (Kosten- und Entscheidungsträger)	Kontrolle der Einhaltung und Weiterentwicklung struktureller Vorgaben	Information über Verbreitungsgrad von Versorgungsprogrammen	Versorgungsplanung, Versorgungsaufträge, Vorgabe von Ausbildungsinhalten, Mindestfallzahlen etc.

Quelle: RH

(3) Die Bedeutung der Qualitätsberichterstattung spiegelte sich in der Qualitätsstrategie (TZ 4) wider, die eine regelmäßige Erstellung und Veröffentlichung von Qualitätsberichten aus allen Sektoren vorsah. Mit dem Beschluss von operativen Zielen zur Qualitätsstrategie im März 2012 stufte die Bundesgesundheitskommission die umfassende nationale Qualitätsberichterstattung sogar als höchst dringlich ein, weil die kontinuierliche Qualitätsverbesserung insbesondere der regelmäßigen Qualitätsmessung und einer darauf aufbauenden umfassenden Berichterstattung bedürfe.

Für den niedergelassenen Bereich waren einerseits Vorgaben des Ärztegesetzes und der Qualitätssicherungsverordnung, wonach die ÖQMed einen Qualitätsbericht zu erstellen hatte, relevant (TZ 29). Andererseits enthielten auch das Gesundheitsqualitätsgesetz und der Bundes-Zielsteuerungsvertrag Vorgaben (TZ 30) bzw. Ziele und Maßnahmen (TZ 31) für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung.

Qualitätsberichterstattung durch die ÖQMed

29.1

(1) Gemäß der Qualitätssicherungsverordnung der Ärztekammer hatte die ÖQMed die Ergebnisse der Evaluierung (TZ 23) und Kontrolle (TZ 24) der Bundesministerin bzw. dem Bundesminister für Gesundheit und Frauen anonymisiert nach ihren oder seinen Vorgaben im Wege eines Qualitätsberichts ärztlicher Ordinationen zur Verfügung zu stellen.³² Das Ministerium hatte jedoch solche Vorgaben hinsichtlich der Gestaltung des Qualitätsberichts — die Qualitätssicherungsverordnung erwähnte in diesem Zusammenhang bspw. die Mängelstatistik und speziell ausgewählte Leistungen wie Arthroskopie, Dialyse, Koloskopie, interventionelle Radiologie und Psychotherapeutische Medizin — bisher nicht gemacht.

Auch die Qualitätssicherungsverordnung selbst sah bestimmte Mindestinhalte vor. Demnach hatte der Bericht u.a. eine Darstellung der aufgrund der Evaluierungsergebnisse erarbeiteten und durchgeführten Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

(2) Die ÖQMed hatte in den Jahren 2009 und 2013 Qualitätsberichte erstellt und darin den ersten Evaluierungszyklus mengenmäßig dargestellt. Die Berichte wurden auf der Website der ÖQMed, nicht aber auf jener des Ministeriums veröffentlicht. Sie enthielten neben einer Beschreibung des Evaluierungsverfahrens einen Überblick über die Ordinationslandschaft in Österreich, eine Statistik der aufgetretenen Mängel, die im Wesentlichen nach Bundesländern und Fachrichtungen gegliedert war, sowie die Ergebnisse einer Befragung zur Kundenzufriedenheit der überprüften Ärztinnen und Ärzte.

Die Berichte unterschieden bei der Darstellung nicht zwischen den Ergebnissen der Selbstevaluierung durch die Ärztinnen und Ärzte und jenen, die auf einer Validitätsprüfung basierten. Daher war aus dem 2013 veröffentlichten Bericht auch nicht ersichtlich, ob im ersten Zyklus ein ähnlicher Unterschied zwischen den Mängelquoten der Selbstevaluierung und der Validitätsprüfung bestanden hatte wie im laufenden Zyklus (TZ 24).

Auch die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehene Darstellung der aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen fehlte in den Berichten. Das Ministerium beanstandete dies nicht.

³² Dies wurde erstmals in der Qualitätssicherungsverordnung 2012 (§ 45 Abs. 1) festgelegt.

(3) Ein Vergleich zeigte, dass die Qualitätsberichte der kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland umfassender ausfielen. Diese enthielten neben einer Darstellung der Erfüllung von Strukturqualitätskriterien³³ im Gegensatz zu Österreich auch Beurteilungen der Behandlungsqualität im Einzelfall, etwa durch stichprobenartige Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Patientendokumentation.

Darüber hinaus wurde über Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung berichtet, bspw. über Rückmeldesysteme, die der einzelnen Ärztin bzw. dem einzelnen Arzt Hilfestellung bei der Bewertung und Verbesserung der eigenen Arbeit leisteten.

29.2

(1) 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 hielt.

Der RH empfahl der ÖQMed, in künftigen Qualitätsberichten 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 empfahl er der ÖQMed, die Entwicklung der Abweichungen zu beobachten und Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben, etwa in Form von Informations- und Beratungsangeboten, zu setzen.

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.

Der RH empfahl dem Ministerium, die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehenen Vorgaben hinsichtlich der Gestaltung des Qualitätsberichts der ÖQMed festzulegen.

(2) Der RH stellte kritisch fest, dass die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehene Darstellung der aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen in den Qualitätsberichten der ÖQMed fehlte und dass das Ministerium dies nicht beanstandete.

³³ In Deutschland mussten Vertragsärztinnen und -ärzte einen Antrag auf Abrechnungsgenehmigung stellen, um bestimmte Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Die kassenärztliche Vereinigung überprüfte dann, ob die sogenannten Akkreditierungsvoraussetzungen, in der Regel strukturelle Kriterien wie die fachliche Befähigung der Ärztin bzw. des Arztes oder gegebenenfalls erforderliche apparative, räumliche und/oder hygienische Voraussetzungen, vorlagen.

Der RH empfahl der ÖQMed daher, in künftigen Qualitätsberichten die aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen darzustellen, wie dies die Qualitätssicherungsverordnung vorsah.

Der RH empfahl dem Ministerium, die Qualitätsberichte der ÖQMed in Zukunft auf Erfüllung der Vorgaben zu überprüfen und im Sinne der Transparenz auch auf der eigenen Website zu veröffentlichen.

Qualitätsberichterstattung gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz

30.1 Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 vereinbarten Bund und Länder in der Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Sicherstellung einer bundesländer– und sektorenübergreifenden jährlichen bzw. regelmäßigen Berichterstattung über die Qualität. Diese sollte als Grundlage für die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und für die umfassende Planung im Gesundheitswesen dienen. Das Gesundheitsqualitätsgesetz (**TZ 3**) verpflichtete die Bundesministerin bzw. den Bundesminister für Gesundheit und Frauen, Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer–, berufs– und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen und sah eine entsprechende Verordnungsermächtigung hierfür vor. Das Ministerium veröffentlichte jedoch weder derartige Vorgaben noch erließ es eine entsprechende Verordnung.

Gemäß der im Jahr 2013 durchgeführten Novellierung des Gesundheitsqualitätsgesetzes waren insbesondere beginnend mit dem Jahr 2014 regelmäßige Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und auch im ambulanten Bereich zu erstellen. Da wie erwähnt (**TZ 24**) für den ambulanten Bereich keine systematisierte und bundesweit einheitliche Messung der Ergebnisqualität erfolgte, fehlten die entsprechenden Berichte nach wie vor. Auch die von der ÖQMed für den niedergelassenen Bereich erstellten Qualitätsberichte (**TZ 29**) ließen keinen Rückschluss auf die Ergebnisqualität zu.

30.2 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. Er 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 gab.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, im Sinne der Stärkung der Transparenz bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, Vorgaben für den Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung zu machen. Er wiederholte seine Empfehlung, innerhalb der zweiten Zielsteuerungsperiode (2017 bis 2021) auf eine Umsetzung des in der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens erneuerten Bekenntnisses zu einer Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich hinzuwirken. Auf dieser Grundlage wären dann auch regelmäßige Berichte über die ambulante Ergebnisqualität zu erstellen.

30.3

Laut Stellungnahme des Ministeriums sei ein Konzept für die bundeseinheitliche, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung bereits diskutiert worden, jedoch hätten sich die Schwierigkeiten für eine solche Berichterstattung aufgrund der zersplitterten Kompetenzlage als fast unüberwindlich erwiesen. Die endgültige Entscheidung über die weitere Vorgangsweise werde in der BZK getroffen.

Zur Messung und Darstellung der ambulanten Ergebnisqualität teilte das Ministerium mit, dass die diesbezüglichen Arbeiten wegen der bestehenden Datenlimitationen äußerst schwierig seien. Die nunmehr mit 1. Jänner 2019 vorgesehene Einführung eines bundesweit einheitlichen Abrechnungsmodells im spitalsambulanten Bereich werde die Datenverfügbarkeit in den nächsten Jahren zumindest in diesem Bereich verbessern.

Qualitätsberichterstattung in der Zielsteuerung-Gesundheit

31.1

(1) Die im Jahr 2013 zwischen Bund und Ländern abgeschlossene Art. 15a-Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit räumte der Qualitätsberichterstattung großen Stellenwert ein. Demnach waren ab dem Jahr 2014 regelmäßig Berichte über die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich zu erstellen und in geeigneter Form zu veröffentlichen. Dadurch sollten die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung im Sinne der Patientenorientierung gestärkt und die aktive Beteiligung der Betroffenen in Entscheidungsprozessen ermöglicht werden.

(2) Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger für den Steuerungsbereich Ergebnisorientierung das strategische Ziel, die Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherzustellen, routine-

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



mäßig zu messen und transparent zu machen.³⁴ Das diesbezügliche operative Ziel lautete, eine abgestimmte Ergebnisqualitätsmessung (**TZ 26**) in allen Sektoren aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln. Eine konkrete Umsetzungsmaßnahme betraf die Festlegung von Indikatoren zur sektorenübergreifenden Abbildung der Ergebnisqualität sowie die Sicherstellung der regelmäßigen sektorenübergreifenden Berichterstattung zur Ergebnisqualität. Hierfür beauftragte die BZK die Fachgruppe Qualität, die laut Bundes-Jahresarbeitsprogramm in einem ersten Schritt geeignete Indikatoren festzulegen hatte.

Darüber hinaus sah der Bundes-Zielsteuerungsvertrag im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse als Maßnahme zum operativen Ziel der Umsetzung bundesweiter Qualitätsstandards (**TZ 15**) die Erstellung und Veröffentlichung von Themenqualitätsberichten vor. Das Bundes-Jahresarbeitsprogramm legte fest, dass die Fachgruppe Qualität zunächst Ziel, Zweck und Inhalte der Themenqualitätsberichte zu vereinbaren und in weiterer Folge die Berichte für die ausgewählten und priorisierten Themen zu erstellen und zu veröffentlichen hatte.

Umsetzungsfristen für diese beiden Maßnahmen enthielt der Bundes-Zielsteuerungsvertrag nicht.

(3) Laut den bereits erwähnten Monitoringberichten (**TZ 15**) wurden die zur sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung festgelegten Ziele erreicht bzw. lag deren Zielerreichung im Plan. Zum Umsetzungsstand der Themenqualitätsberichte trafen die Monitoringberichte hingegen keine Aussage.

(4) Tatsächlich lagen innerhalb der ersten Zielsteuerungsperiode — mit Ausnahme der von der ÖQMed erstellten „Ärztlichen Qualitätsberichte“ (**TZ 29**) — keine Berichte zur Ergebnisqualität im niedergelassenen Bereich vor. Ebenso wenig konnte das Ministerium dem RH Indikatoren vorlegen, die zur Abbildung der sektorenübergreifenden Ergebnisqualität geeignet waren.

(5) Der einzige innerhalb der ersten Zielsteuerungsperiode veröffentlichte Themenqualitätsbericht (COPD) stammte aus dem Jahr 2013. Obwohl die Fachgruppe Qualität im September 2014 eine Weiterführung der Themenqualitätsberichte als nicht sinnvoll erachtete und keinen Bedarf an weiteren Themenqualitätsberichten sah, wurden in den danach beschlossenen Bundes-Jahresarbeitsprogrammen sowohl die laufende Prüfung des Bedarfs an weiteren Themenqualitätsberichten als auch

³⁴ Im gemeinsamen Zukunftsbild ist dazu angeführt, dass mehr Transparenz sowie die gestärkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung die aktive Beteiligung der Menschen an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen ermöglichen (Art. 2 Abs. 6). Gemäß dem Bekenntnis zur Qualität — einem der handlungsleitenden Prinzipien des Bundes-Zielsteuerungsvertrags — werde die Versorgungsqualität als Orientierungshilfe für die Bevölkerung transparent gemacht und stelle eine wesentliche Grundlage für Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen dar (Art. 3, Punkt 3.4).

die Veröffentlichung bereits erstellter Themenqualitätsberichte als konkrete Umsetzungsmaßnahmen festgelegt.

31.2

Der RH hielt fest, dass der Bundes–Zielsteuerungsvertrag Ziele und Maßnahmen zur Qualitätsberichterstattung enthielt, nämlich die Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Berichterstattung zur Ergebnisqualität einschließlich der Festlegung geeigneter Indikatoren einerseits und die Erstellung und Veröffentlichung von Themenqualitätsberichten andererseits.

Der RH bemängelte, dass der Bundes–Zielsteuerungsvertrag hierfür keine Umsetzungsfristen vorsah, weil die Festlegung eines Termins aus Sicht des RH eine wesentliche Voraussetzung für die Erfolgskontrolle war.

Der RH kritisierte, dass die auf die Qualitätsberichterstattung bezogenen Ziele verfehlt wurden. Er ging mangels anderer Fristsetzungen davon aus, dass die im Bundes–Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele jedenfalls bis zum Ende der Zielsteuerungsperiode zu erreichen waren. Darüber hinaus bemängelte der RH, dass die zweimal jährlich erstellten Monitoringberichte keinen Hinweis auf die Zielverfehlung enthielten, indem sie entweder eine planmäßige Zielerreichung auswiesen (sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung) oder keine Aussage über den Umsetzungsstand trafen (Themenqualitätsberichte). Nach Ansicht des RH sollte aus den Monitoringberichten klar hervorgehen, ob und aus welchen Gründen ein vereinbartes Ziel nicht erreicht werden konnte.

Dem RH war bewusst, dass die Einführung eines Zielsteuerungsinstruments in Form des Bundes–Zielsteuerungsvertrags für Bund, Länder und Sozialversicherungsträger eine Neuerung darstellte und dass dieser Umstand zur Vereinbarung ambitionierter Ziele beigetragen haben mochte. Er stellte daher klar, dass er in diesem Zusammenhang den Fokus seiner Kritik nicht ausschließlich auf die noch immer ausstehende Berichterstattung zur Ergebnisqualität richtete, sondern auch auf die Handhabung des die Zielsteuerung begleitenden Monitorings.

Der RH verwies auf seine an das Ministerium gerichtete Empfehlung (**TZ 15**) sicherzustellen, dass der Umsetzungsstand der im Zielsteuerungsvertrag festgelegten Ziele aus den Monitoringberichten klar hervorgeht.

32.1

(1) Der RH erhob, inwieweit die Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen und insbesondere im niedergelassenen Bereich tatsächlich transparent gemacht wurde, wie dies der Bundes–Zielsteuerungsvertrag vorsah.

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



(2) Für den stationären Bereich hatte das Ministerium im Jahr 2013 einen Bericht über Qualitätssysteme in Akutkrankenanstalten veröffentlicht. Der Bericht beschrieb, ob und inwieweit Qualitätsarbeit in den Krankenanstalten strategisch (bspw. in einem Leitbild) und strukturell (bspw. durch Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission) verankert war und welche Qualitätsmodelle und Instrumente der Qualitätsarbeit genutzt wurden, traf jedoch keine Aussagen zur Behandlungsqualität. Darüber hinaus veröffentlichte das Ministerium jährlich einen an Expertinnen und Experten adressierten Bericht über das Projekt A–IQI, der u.a. einen Vergleich der Ergebnisse ausgewählter Qualitätsindikatoren (auf Bundesebene) mit jenen Deutschlands und der Schweiz enthielt.

Qualitätsdaten für Patientinnen und Patienten veröffentlichte das Ministerium auf dem von der BZK im April 2016 freigegebenen Webportal www.kliniksuche.at. Das Portal enthielt Informationen über einige ausgewählte Behandlungen, etwa die jährliche Fallzahl, die Verweildauer, den Anteil der tagesklinischen Leistungserbringung oder den Anteil der mit minimalinvasiven Techniken durchgeführten Eingriffe. Ferner waren einige auf die jeweilige Krankenanstalt bezogene allgemeine Informationen, etwa das Vorhandensein eines Risiko– oder Beschwerdemanagements, abrufbar.

Die Gesundheit Österreich GmbH betrieb unter der Adresse www.spitalskompas.at ein eigenes Webportal. Dieses enthielt neben vergleichbaren Angaben zu ausgewählten Behandlungen insbesondere eine Übersicht über die österreichischen Krankenanstalten mit jeweils weiterführenden Informationen (z.B. Leistungsangebot, Wartezeiten).

(3) Für den niedergelassenen Bereich bestand für die Patientinnen und Patienten keine Möglichkeit, sich anhand vergleichbarer und einheitlicher Kriterien über die Fachkompetenz der Ärztin bzw. des Arztes oder die Behandlungsqualität zu informieren. In diversen Arztbewertungsportalen waren lediglich subjektive Einschätzungen anderer Patientinnen und Patienten über einzelne Versorgungs– und Betreuungsaspekte verfügbar. Andere Webangebote, etwa www.praxisplan.at der Ärztekammer für Wien oder www.arztbarrierefrei.at der ÖQMed boten zwar einige Informationen über die Strukturqualität, bspw. über die Barrierefreiheit der Ordination und allfällige Zusatzausbildungen der Ärztin bzw. des Arztes, nicht aber über die Behandlungsqualität.

Laut der neuen Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sollten allerdings in Zukunft Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich aus Routinedaten verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung im Rahmen einer beim Ministerium eingerichteten neutralen Plattform angeboten werden.

32.2

Der RH hielt fest, dass Patientinnen und Patienten, die ausgewählte Behandlungen oder Eingriffe in Krankenanstalten in Anspruch nehmen bzw. durchführen lassen wollten, sich auf Webportalen über Qualitätsaspekte informieren konnten. Der RH wertete dies als wichtigen Schritt zur Schaffung von Transparenz, kritisierte in diesem Zusammenhang jedoch, dass das Ministerium und die Gesundheit Österreich GmbH zwei voneinander unabhängige Webportale betrieben.

Der RH empfahl dem Ministerium, die beiden Portale zusammenzuführen und um Ergebnisqualitätsinformationen für weitere Behandlungen und Eingriffe zu ergänzen.

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 gab, sich anhand vergleichbarer und bundesweit einheitlicher Kriterien über die Behandlungsqualität zu informieren.

Der RH empfahl dem Ministerium — wie in der neuen Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ohnedies vorgesehen —, Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich aus Routinedaten verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung im Rahmen einer beim Ministerium eingerichteten neutralen Plattform anzubieten.

32.3

Laut seiner Stellungnahme sehe das Ministerium die Zusammenlegung der beiden Portale www.kliniksuche.at und www.spitalskompass.at ebenfalls als dringende Aufgabe an und arbeite intensiv an der Weiterentwicklung und Verbesserung der veröffentlichten Informationen für die Bevölkerung.

Die Frage der Darstellung der Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich sei untrennbar mit politischen Entscheidungen verbunden; das Ministerium verwies diesbezüglich auf seine Stellungnahme zu **TZ 30**.

32.4

Der RH anerkannte die Bemühungen des Ministeriums, die Informationen über Qualitätsaspekte der Behandlung in Krankenanstalten weiterzuentwickeln und zu verbessern. Hinsichtlich der Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich hielt er seine Empfehlung, solche Informationen wie in der Art. 15a–Vereinbarung vorgesehen anzubieten, im Interesse der Patientinnen und Patienten aufrecht.

Schlussempfehlungen

33 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

- (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)
- (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. (TZ 13)
- (3) Gemeinsam mit den Ländern und den Sozialversicherungsträgern wäre eine zweckmäßige Kategorisierung von Qualitätsstandards vorzunehmen. (TZ 14)
- (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)
- (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)
- (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)
- (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)

- (8) Auf eine ehebaldige gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosendokumentation wäre hinzuwirken. (TZ 27)
- (9) Die in der Qualitätssicherungsverordnung vorgesehenen Vorgaben hinsichtlich der Gestaltung des Qualitätsberichts der ÖQMed wären festzulegen. (TZ 29)
- (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)
- (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)
- (12) Auf Grundlage einer künftigen Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich wären regelmäßige Berichte über die ambulante Ergebnisqualität zu erstellen. (TZ 30)
- (13) Die Portale www.kliniksuche.at und www.spitalskompass.at wären zusammenzuführen und um Ergebnisqualitätsinformationen für weitere Behandlungen und Eingriffe zu ergänzen. (TZ 32)
- (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)

Österreichische Ärztekammer

- (15) Die künftigen Qualitätssicherungsverordnungen wären rechtzeitig vorzubereiten, um diese nahtlos bei Auslaufen der jeweiligen Vorgängerverordnung in Kraft setzen zu können. (TZ 21)
- (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)
- (17) Im Rahmen des IT-Projekts wäre auf eine Erweiterung des Stammdatensatzes um eine Ordinationsnummer hinzuwirken. (TZ 22)

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



- (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)
- (19) Im Interesse der Patientinnen und Patienten wäre künftig eine lückenlose Evaluierung sicherzustellen. (TZ 25)

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung; Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

- (20) Die Antwortmöglichkeiten in den Fragebögen zur Selbstevaluierung wären neutraler zu gestalten. (TZ 23)
- (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)
- (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)
- (23) In künftigen Qualitätsberichten wären die aus den Evaluierungsergebnissen abgeleiteten qualitätssichernden Maßnahmen darzustellen, wie dies die Qualitätssicherungsverordnung vorsieht. (TZ 29)



Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz;
Österreichische Ärztekammer**

- (24) Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung wären zu entwickeln. **(TZ 8)**
- (25) Möglichkeiten zur Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen wären zu prüfen. **(TZ 24)**

Bericht des Rechnungshofes

Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte



Anhang: Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: Im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

Geschäftsführung

Dr. Esther Thaler	(3. Juli 2004 bis 11. März 2014)
Mag. ^a Rita M. Offenberger, MSc	(12. März 2014 bis 14. April 2014)
Dr. Christian Cebulla	(15. April 2014 bis 26. Jänner 2016)
Mag. Wolfgang Moritz	(seit 27. Jänner 2016)



Rechnungshof
Österreich

Wien, im Juli 2018

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

