

 **Bundesministerium**  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz

# **Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe**

Bericht des Bundesministers an den Nationalrat gemäß § 245 Abs. 6  
Ärztegesetz idgF

## **Impressum**

### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)  
Stubenring 1, 1010 Wien

### **Verlags- und Herstellungsort: Wien**

Wien, 2022

### **Alle Rechte vorbehalten:**

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe, 2022.

# Aufgabenstellung/Fragestellung

Das Ärztegesetz sieht in der Novellierung von Sommer 2021 in § 245 Abs. 6 vor, dass das System der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu evaluieren ist. Einzubeziehen sind hierbei die Länder, die Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK). In der Folge hat das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) eine Steuerungsgruppe „Qualitätssicherung und Ausbildungsangelegenheiten“ und mit Bezug zur Qualitätssicherung eine Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ eingerichtet. Der Arbeitsgruppe wurde der Auftrag erteilt, „*Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung*“ zu analysieren.

Vor diesem Hintergrund wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vom BMSGPK beauftragt, eine Bestandserhebung (IST-Stand, Stärken und Verbesserungspotenziale) zum Qualitätssystem im niedergelassenen Bereich mit Fokus auf Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen durchzuführen. Das als Ergebnis daraus entstandene Dokument der Gesundheit Österreich GmbH (Anhang 1) dient als Grundlage für diesen Bericht des Bundesministers an den Nationalrat und für weitere Arbeiten in den bestehenden Arbeits- und Steuerungsgruppen zur Weiterentwicklung der unabhängigen Qualitätssicherung.

Es liegen mehrere rezente Publikationen zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich für Österreich vor: Ein Bericht des Rechnungshofs (2018) zu „Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte“, ein IHS-Bericht von Cypionka et al. (2018) zu „Qualität in Arztpraxen - Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich“ sowie eine Studie der LSE Health (2017) zur Verbesserung der Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems („Efficiency Review of Austria’s Social Insurance and Healthcare System“). Die Empfehlungen dieser drei Studien wurden von Weißenhofer/Piso (2019) in fünf Handlungsfeldern geclustert. Zur Vermeidung von Doppelungen referenziert vorliegende Arbeit daher auf den letzteren Bericht.

# Methode

Im Bericht der Gesundheit Österreich GmbH erfolgt die Abbildung des IST-Stands der Qualitätssicherung und -messung im niedergelassenen Bereich auf Basis von Desktop-Recherchen, Gesprächen mit Expert:innen aus dem Fachbereich der Qualitätssicherung und -messung und einer schriftlichen Erhebung von Qualitätsinitiativen der niedergelassenen Ärzteschaft mit Unterstützung der ÖÄK. Zur Erhebung des Entwicklungsbedarfs der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich in Orientierung an den fünf Handlungsfeldern des Berichts von Weißenhofer/Piso (2019) sowie möglicher Handlungsoptionen aus Sicht der Stakeholder:innen wurden von den Expert:innen der Gesundheit Österreich GmbH leitfadengestützte Interviews mit Expert:innen bzw. Vertreter:innen des BMSGPK, der Bundesländer, der Sozialversicherung, der ÖÄK, der Patientenanwaltschaft, der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED) sowie des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED geführt. Zusätzlich wurde internationale fachliche Expertise zum Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich aus Deutschland und der Schweiz eingeholt, um eine externe Sichtweise auf das System der Qualitätssicherung und allfällige Lernerfahrungen aus anderen Systemen bzw. internationalen Good-Practice-Beispielen zu ermöglichen.

# Ergebnisse

Die Qualitätsarbeit mit Bezug zum niedergelassenen ärztlichen Bereich setzt sich aus einer Reihe von Komponenten und Einzelinitiativen zusammen, die zum Teil aufeinander aufbauen bzw. ineinandergreifen, und wird durch eine Vielzahl von Institutionen vorangetrieben und umgesetzt.

In Bezug auf die aktuelle Ausgestaltung der Qualitätsarbeit wurde von Expert:innen das **Fehlen einer übergeordneten Gesamtstrategie** für die Qualitätssicherung bzw. -arbeit bemängelt. Ein gemeinsames Bekenntnis der Stakeholder:innen zur Qualitätsarbeit und zu akkordierten Zielen in diesem Bereich, aber auch die Hinterlegung der notwendigen Arbeiten mit entsprechenden zeitlichen und fachlichen Ressourcen wären aus Sicht der Expert:innen hilfreich, um die Qualitätsarbeit in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung generell und hier mit Fokus auf die Versorgung im niedergelassenen ärztlichen Bereich voranzutreiben. Trotz Bekenntnissen zu Qualitätsarbeit und der konkreten Projekte in der aktuellen „Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.0.“ der Bundeszielsteuerung, wird die Umsetzung der Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich aufgrund der Kompetenzverteilungen und der rechtlichen Rahmenbedingungen nach wie vor als „herausfordernd“ beschrieben.

Im Ärztegesetz 1998 ist geregelt, dass die ÖÄK als Landesvertretung der Ärzteschaft für die Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich Sorge zu tragen hat. Hierzu kann sie sich der ÖQMED, der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, welche von der ÖÄK eingerichtet wurde, bedienen. Zusätzlich zu den im GmbH-Gesetz festgelegten Organen ist die ÖQMED verpflichtet einen Wissenschaftlichen Beirat und einen Evaluierungsbeirat einzurichten. Im Zusammenhang mit den gemäß Ärztegesetz 1998 festgelegten Aufgaben der Qualitätssicherung obliegt der Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich auch das Erlassen der Verordnung über die ärztliche Qualitätssicherung (QS-VO), welche die zu prüfenden Kriterien und die Ausgestaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die ÖQMED regelt. Auch bei der „*Erarbeitung von Empfehlungen für die Gestaltung und regelmäßige Anpassung der Verordnung*“ kann sich die ÖÄK hilfsweise der ÖQMED bedienen.

Die Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich wird im Wirkungsbereich der ÖÄK überwiegend von der ÖQMED umgesetzt und fokussiert aktuell auf die Struktur-

und Prozessqualität. Einige Empfehlungen des Berichts von Weißenhofer/Piso (2019) insbesondere hinsichtlich des Evaluierungsverfahrens selbst, aber auch bezüglich der Anzahl der stichprobenartigen Überprüfung der Angaben aus der Selbstevaluierung (Validitätsprüfungen), wurden in den letzten Jahren bereits umgesetzt oder es wurden Schritte in Richtung Umsetzung getätigt (z. B. wurde die Anzahl der Validitätsprüfungen deutlich erhöht, auch die Indikatoren der Selbstevaluierung durch die Ärzteschaft wurden adaptiert). Die Empfehlung, die insbesondere auch im Bericht des Rechnungshofs (2018) gegeben wurde (siehe Empfehlung 24 / TZ 8 auf Seite 65), hinsichtlich der Etablierung einer **finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung** wurde bisher nicht umgesetzt.

Auch wenn die konkrete Umsetzung des aktuellen Evaluierungsverfahrens durch die ÖQMED von allen Stakeholder:innen im Rahmen des „*aktuell Möglichen*“ bzw. der aktuellen Rechtslage positiv hervorgehoben wurde, wurde von mehreren Seiten Kritik an der **zögerlichen Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit** in Richtung Erfassung der Ergebnisqualität geäußert.

Hervorgehoben werden kann insbesondere das Fehlen folgender Elemente:

- Diagnosencodierung
- Verbindlichkeit der Qualitätsstandards
- Transparenz
- Patientenorientierung
- verbindliche QM-Systeme in niedergelassenen Arztpraxen

Im Mittelpunkt der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich sollten die gesundheitliche Versorgung der Patient:innen und deren Interessen stehen. Als Ergebnis der aktuellen Ausgestaltung der Qualitätsarbeit zeigt sich, dass die **Patientenperspektive aktuell nur marginal Berücksichtigung in der Qualitätsarbeit** findet. Internationale Publikationen sowie Experten betonen die Bedeutung der Berücksichtigung der Patientenperspektive und die aktive Beteiligung der Zielgruppe in der Qualitätsarbeit

Mit Blick auf ein Qualitätsmanagement in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung ist festzuhalten, dass zwar Anforderungen an Mindeststandards für Qualitätsmanagement-Systeme vorliegen, allerdings ist die **Umsetzung eines Qualitätsmanagement-Systems in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung derzeit nicht verbindlich vorgesehen**. Quali-

tätsmanagement-Systeme werden sowohl von der ÖQMED, als auch von anderen Leistungsanbieterinnen und -anbietern – zum Teil auch kostenfrei – den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt.

# Verbesserungsbedarfe

Aus den geclusterten Empfehlungen des Berichts von Weißenhofer/Piso (2019) wurden in folgenden Bereichen von den Expert:innen bzw. Vertretungen der Stakeholder:innen besondere Entwicklungsbedarfe gesehen:

**(1) Unabhängige Organisation/Governance der QS im niedergelassenen ärztlichen Bereich:** Der Bericht von Czypionka et al. (2018) hält fest, dass Österreich bezüglich der institutionellen Verankerung der Qualitätssicherung „im niedergelassenen Bereich im europäischen Vergleich eine Extremposition im Spektrum“ einnehme, während die Durchführung von Qualitätssicherung im weiteren Sinne in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und England in bis zu vier verschiedenen, von der Landesvertretung mehr oder weniger unabhängigen Organisationen institutionell verankert ist. Der Rechnungshofbericht aus dem Jahr 2018 empfiehlt „Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung“ zu entwickeln; ähnlich auch die Studie der LSE Health (2017).

Auf Grundlage dieser Berichte leiten Weißenhofer/Piso (2019) die **Empfehlung der unabhängigen Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich ab** und halten fest, dass es der ÖQMED an Unabhängigkeit von der Ärztekammer fehle. So seien Ziel- und Interessenkonflikte möglich, da die ÖQMED finanziell und organisatorisch mit der ÖÄK verknüpft sei. Mit Bezug zu Deutschland kommentiert ein internationaler Experte, dass die Aufgabe der Ärztekammern die Vertretung der Interessen der Ärzteschaft sei, insofern würde deren Neutralität stets angezweifelt. Neutralität sei jedoch für die Vertrauensbildung in der Öffentlichkeit von Wichtigkeit. Im Rahmen der Interviews mit den Expert:innen der Stakeholder:innen wurde die o. g. Empfehlung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung als wesentlich im Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich eingeschätzt, allerdings bestehen Differenzen bzgl. der Perspektiven auf eine alternative Ausgestaltung. Hier wurden vonseiten der Expert:innen folgende zwei Optionen zum möglichen weiteren Vorgehen bezüglich Governance vorgeschlagen:

- **Option 1:** Neuer gemeinsamer Rechtsträger in Form eines stakeholderübergreifenden Qualitätsrats aus Bund, Ländern, SV und Ärzteschaft, der als Steuerungsgremium der zukünftigen Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich fungiert; der

Wissenschaftliche Beirat könne nach diesem Vorschlag in einer ähnlichen Zusammensetzung als Beirat des Qualitätsrats weiter bestehen bleiben.

- **Option 2:** Vernetzung - Nach diesem Vorschlag sollten übergeordnete Themen in Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit (Fachgruppe Versorgungsprozesse) erweitert um Finanzierung, bearbeitet und festgelegt werden. Diese Aktivitäten sollten mit jenen des Wissenschaftlichen Beirats vernetzt werden. Die Verbindlichkeit der Steuerung durch die Zielsteuerungs-Gremien wäre sicherzustellen.

Einige Expert:innen sprachen sich für die Beibehaltung der aktuellen Organisationsform aus. Sie begründeten diese Präferenz damit, dass sich das momentane System in seiner Form bewährt habe und es keine großen Kritikpunkte und somit keine inhaltlichen Gründe für eine Veränderung gebe.

Einigkeit besteht bei den befragten nationalen Expert:innen darüber, dass die **ÖQMED auf jeden Fall als Einrichtung im operativen Bereich** bestehen bleiben sollte – da diese viel Erfahrung aufgebaut habe und die Umsetzung der Qualitätssicherung immer gut funktioniert hätte.

Die zwei genannten Optionen zur Governancestruktur bringen unterschiedliche Möglichkeiten der Gestaltung der Qualitätsarbeit mit sich. Neben der notwendigen Klärung von rechtlichen Fragen der Umsetzbarkeit, stellen die Optionen auch unterschiedliche Erfordernisse an die Ressourcen der beteiligten Stakeholder:innen und damit das Commitment zur Qualitätsarbeit im niedergelassenen, ärztlichen Bereich. Insofern hat die Entscheidung über die Governancestruktur Ergebnis eines politischen Verhandlungsprozesses zu sein.

Seitens eines internationalen Experten wird angemerkt, dass zu klären sei auf welcher Ebene die „Unabhängigkeit“ zu schaffen ist – möchte man sich hier auf die Ebene der konkreten Umsetzung der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich beziehen (Dokumentation von gemessenen Qualitätsindikatoren und Qualitätsaktivitäten und deren Überprüfung) oder weiter denken in Richtung einer Agentur zur Weiterentwicklung der Qualitätsbemühungen durch Förderung von Forschung und Pilotprojekten. Er hält in Präzisierung von Option 1 die Schaffung eines neuen gemeinsamen Rechtsträgers im Sinne einer gemeinsamen Organisation der Stakeholder:innen zur Qualitätssicherung für vielversprechender als ein Gremium mit rein beratender Funktion, um auch Rahmenbedingungen vorgeben und regelnd auf die Leistungserbringer einwirken zu können. Er hält hierzu fest, dass es jedenfalls relevant sei, die Beziehung zu bestehenden Organisationen, deren

Tätigkeitsfelder und Aufgaben aufeinander abzustimmen. Ein anderer Experte ergänzt mit Blick auf die Unabhängigkeit der Organisation/Governance der Qualitätssicherung, dass in Deutschland fachliche Festlegungen in Gremien getroffen werden, in denen ärztlicher Sachverstand stets die absolute Mehrheit hätte, allerdings wären es Ärztinnen und Ärzte der Ärzteverbände der Träger, Kostenträger und auch der Patientenvertretung und nicht der Standesvertretung, die hier mit entsprechender Fachkompetenz die Weiterentwicklung der Verfahren gestalten. Ein weiterer internationaler Experte, spricht sich im Gegensatz dazu eher dafür aus, die momentane Organisationsform beizubehalten, da sonst die Akzeptanz unter der Ärzteschaft leiden würde.

Von Seiten der internationalen Experten wird in Bezug zu der ‚Governancestruktur‘ angemerkt, dass der Patientenperspektive im Zusammenhang mit Qualität eine sehr große Bedeutung zukommt, die in der gegenwärtigen Ausgestaltung der Qualitätssicherung sowie in der Diskussion der Governancestruktur durch die Expert:innen sowie Stakeholdervertreter:innen aktuell nur marginal berücksichtigt werde. Ein Experte aus Deutschland unterstützt die Einbeziehung und hält präzisierend hierzu fest, dass *„Patientenorganisationen und ihren Vertretungen [...] bis hin zur Mitgliedschaft in Entscheidungsgremien“* einbezogen werden sollten.

Ein internationaler Experte betont auch, dass im Zuge der Diskussion um Qualitätsmaßnahmen, Qualitätsdokumentation und Qualitätsüberprüfung die Diskussion und Regelung der Finanzierung der (Mehr-)kosten frühzeitig geführt werden muss. Auch wenn auf der Systemebene argumentiert werden kann, dass durch bessere Qualität der Leistungen insgesamt die Kosten der Gesundheitsversorgung gesenkt werden, sei klar, dass die Einsparungen nicht am gleichen Ort anfallen, an dem die Mehrkosten entstehen.

**(2) Entwicklung einer gesamthaften Qualitätsstrategie:** Mit dem Bekenntnis der Stakeholder:innen zu Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich steht die seitens einiger Expert:innen geforderte **Gesamtstrategie für die Qualitätssicherung** im Zusammenhang. Aktuell gebe es zwar gute (Einzel-)Initiativen im Bereich der Qualitätssicherung, die übergeordnete Strategie und Abstimmung fehle jedoch. Zumindest sei eine bessere Verbindung der Arbeiten des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED zur Zielsteuerung-Gesundheit (Fachgruppe Versorgungsprozesse) notwendig, um den Informationsfluss und die inhaltliche Verknüpfung der Qualitätsarbeiten zu fördern. Bei Erstellung einer Qualitätsstrategie können die Prozesse anderer Länder – wie der Schweiz - Orientierung bieten: Hier wurden die Schwerpunkte in einem umfassenden Prozess unter Einbeziehung von na-

tionalen und internationalen Expert:innen, Stakeholder:innen und Patient:innenorganisationen erstellt. Auch wurden im Vorfeld in einer Studie die Interessen/Blickwinkel von Patient:innen erhoben.

**(3) Einführung einer kodierten Diagnosen- und Leistungsdokumentation im niedergelassenen ärztlichen Bereich als Basis für weitere Qualitätsarbeiten:** Die Implementierung einer einheitlichen, elektronischen Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich konnte bisher nicht umgesetzt werden. Damit konnte auch keine darauf aufbauende Nutzung der Daten für Qualitätsindikatoren und Abbildungen der sektorenübergreifenden Patientenpfade erfolgen. Eine Vielzahl nationaler und internationaler Expert:innen weisen darauf, dass eine einheitliche Kodierpraxis für das Gesundheitswesen künftig unabdingbar ist. Gemäß Weißenhofer/Piso (2019) ist *„Grundlage für viele Aspekte der Qualitätsarbeit die Verfügbarkeit entsprechender Daten. Dem entsprechend nennen alle analysierten Dokumente die ambulante Diagnosedokumentation als Grundlage, um diese unabdingbare Voraussetzung zu erfüllen.“*. An laufenden Projekten zur Thematik sollte daher weitergearbeitet werden. Die Schaffung eines Commitments aller Stakeholder:innen – auch der ÖÄK als Landesvertretung der künftigen Anwender:innen – wäre für die Umsetzung förderlich. Fragen der rechtlichen Regelungen, der Anwenderfreundlichkeit und der Finanzierung allfällig notwendiger Strukturen sind zu klären. Lernerfahrungen anderer Länder hinsichtlich der elektronischen, kodierten Diagnosedokumentation basierend auf ICPC-2 bzw. ICD-10, aber auch zu deren Anwendung im Rahmen der Qualitätsarbeit können hier genutzt werden. Jedenfalls sollte ein realistischer und mit allen Stakeholder:innen (Zielsteuerungspartner:innen und Ärztekammer) abgestimmter Fahrplan zur Umsetzung entwickelt werden. Im Anschluss können Fragen über die konkrete Bildung und Nutzung von Ergebnisqualitäts-Indikatoren und möglichen Anreizen zur Nutzung dieser geklärt werden.

**(4) Transparenz, Qualitätsberichterstattung, Patient:inneninformation:** Die Qualitätsarbeit bzw. -sicherung sollte jedenfalls die Interessen der Empfänger der Leistungen, d. h. der Patient:innen im Blick haben. Auf die Relevanz der Patientenorientierung der Qualitätsarbeit verweisen internationale Publikationen sowie (inter-)nationale Expert:innen. Aktuell ist in den Beiräten der ÖQMED, welche die verpflichtende Qualitätssicherung im engeren Sinne im niedergelassenen ärztlichen Bereich umsetzt, zwar die Einbindung *„ein[es] vom Bundesminister für Gesundheit bestellten Experten, der über Erfahrung auf dem Gebiet der Wahrnehmung von Patienteninteressen verfügt“* vorgesehen, jedoch ist diese Vertretung und damit die Interessen der (potenziellen) Patient:innen im Vergleich zu den anderen Stakeholder:innen unterrepräsentiert. Andere mit Qualitätsarbeit in diesem

Bereich befasste Gremien, wie die Zielsteuerung-Gesundheit, sehen in ihren Gremien wie der für Qualitätsagenden zuständigen Fachgruppe Versorgungsprozesse aktuell keine Patientenbeteiligung bzw. Partizipation vor. Neben der Einbindung der Patientenvertretungen in die Gremien, wären die aus Sicht der Patient:innen relevanten Parameter hinsichtlich der Qualität der gesundheitlichen Versorgung sowie der Bedarf nach Information zu erheben. Auf der anderen Seite ist die Qualität des Behandlungsprozesses aus Sicht der Patient:innen (z. B. mittels Patient-Reported Experience Measures (PREMs), Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), wie sie international zum Einsatz kommen) zu erheben.

Hinsichtlich Transparenz, Datenzugang und Berichterstattung ist anzumerken, dass aktuell zwar ein Qualitätsbericht durch die ÖQMED erstellt und auch veröffentlicht wird, dies aber eine sehr hochschwellige und aggregierte Information darstellt. Für Patient:innen wird die Qualität der Ordinationen bzw. Gruppenpraxen im Rahmen der Prüfung entlang der Kriterien in der Qualitätssicherungsverordnung der Ärztekammer mittels Qualitätszertifikat der ÖQMED sichtbar gemacht, allerdings ist für die Zielgruppe nicht ersichtlich, auf welche Art von Qualität sich das Zertifikat bezieht (z. B. dass Ergebnisqualität hier keine Rolle spielt) und diese Information ist auch nicht nutzbar, um sich auf Basis von standardisierten Informationen für oder gegen einen Leistungsanbietenden zu entscheiden.

Die Schaffung einer öffentlichen qualitätsgesicherten Plattform mit Informationen zu Strukturqualität und Prozessqualität in einem ersten Schritt, welche - wo passend - um ausgewählte Parameter der Ergebnisqualität ergänzt werden könnten, könnte hier die informierten Entscheidungen der Patient:innen bei der Wahl der Ärztin oder des Arztes unterstützen. Auch für andere Zielgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Zuweisung von Patient:innen) könnten zielgerichtete, transparente Informationen zur Qualität der Erbringer:innen von (ärztlichen) Gesundheitsleistungen im niedergelassenen Bereich von Relevanz sein. Internationale Experten verweisen hier darauf, dass jedenfalls von Rankings abzusehen wäre und Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz von vertrauensbildenden Maßnahmen zu begleiten wären.

Zielgruppenorientierte Informationen zur Qualität der Versorgung im niedergelassenen ärztlichen Bereich transparent zugänglich zu machen, ermöglicht allen Systempartner:innen (Ärztinnen, Ärzten und der Systemebene) entsprechende Ableitungen und Optimierungen der Versorgung, sowie der Zielgruppe der Patient:innen informierte Entscheidungen zum gesundheitlichen Versorgungsangebot.

**(5) Qualitätssicherung in Arztpraxen und Qualitätsmanagement-Systeme:** Wie alle Systeme bietet auch das System der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich im Allgemeinen als auch die Evaluation und Kontrolle der Qualität niedergelassener ärztlicher Ordinationen und Gruppenpraxen im Speziellen Verbesserungspotenzial. Wie bereits erwähnt orientieren sich die Evaluierungskriterien der Qualitätssicherungsverordnung der Ärztekammer vor allem an der Struktur und zum Teil an der Prozessqualität, und messen keine Ergebnisse. Die verbindlichen Evaluierungskriterien bleiben, wenngleich sie z. B. Aspekte aus den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme berücksichtigen (Vorliegen eines Qualitätsmanagement-Systems in der Ordination/Gruppenpraxis) zum Teil hinter dem zurück, was sie für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement im niedergelassenen ärztlichen Bereich leisten könnten, wobei ein Ausgleich zwischen den Interessen der potenziellen Nutzer:innen und der Akzeptanz bei der Ärzteschaft zu wahren ist.

Mit Bezug zu den gemessenen Qualitätsdimensionen hält ein internationaler Experte fest, dass Strukturqualität nur eine Mindestvoraussetzung sei, die nicht nachweisen könne, dass eine gute Versorgungsqualität erbracht würde. Die Nichterfüllung der Strukturqualitätskriterien sollte seines Erachtens nach jedenfalls sanktionsbewehrt sein. Die Messung der Prozessqualität sei mit einem höheren Aufwand verbunden, könne jedoch Aussagen zu der Versorgungsqualität liefern. Der höhere Aufwand für Dokumentation und Prüfung sollte aus seiner Sicht bei *„qualitativ wichtigen Versorgungsaspekten zur Gewährleistung der Patientensicherheit in Kauf genommen werden“*. Eine *„leitlinienkonforme Behandlung oder ein Unterlassen der Versorgung“* muss aus seiner Sicht zeitnahe durchgesetzt werden. Hinsichtlich Ergebnisqualität im niedergelassenen Bereich betont er hingegen, dass diese nur schwer mit vertretbarem Aufwand so zu messen sei, sodass die Ergebnisse *„fair vergleichbar“* wären. Auch betont er, wie auch ein weiterer internationaler Experte, die Relevanz der Compliance der Patient:innen bei vielen Behandlungsanlässen im hausärztlichen Bereich (chronische Erkrankungen) auf das Behandlungsergebnis. Bei fachärztlichen Praxen wären Ergebnismessungen für häufig durchgeführte Interventionen relevant, jedoch wären die Komplikationsraten gering und eine valide Risikoadjustierung schwierig. Er empfiehlt das Thema der Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich *„behutsam“* anzugehen: häufig wären differenzierte Erfassungen der Prozessqualität (inkl. stichprobenartiger Überprüfungen, ergänzt um PRE-Messungen) vorzuziehen. Ergebnisqualitätsmessungen sollten seiner Ansicht nach auf risikobehaftete, interventionelle Versorgungssituationen (z. B. Dialyse oder Herzkatheter) beschränkt werden.

Mit Bezug zum Evaluierungsverfahren wurde von Expert:innen angeregt, dass für neu gegründete Ordinationen die Möglichkeit zur oder eine verpflichtende Prüfung (also nicht nur Selbstevaluierung) gemäß den Evaluierungskriterien der Qualitätssicherungsverordnung der ÖÄK bestehen sollte. Möglicherweise bedarf es hier eines weiteren Ausbaus der Unterstützungsangebote der ÖQMED. Von Seiten (inter-)nationaler Expert:innen wurde zu konkreten Evaluierungsverfahren angeregt, dass die Möglichkeit einer stichprobenartige Qualitätskontrolle in kürzeren Abständen als der aktuell vorgesehenen fünf Jahre bestehen sollte, aber auch festgehalten, dass „*ein Blick von außen*“ in Form von internen oder externen Audits im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (peer-reviews) sinnvoll sei. In Deutschland wird dies von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen organisiert. Vor allem hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätsarbeit bzw. eines Verbesserungsprozesses bietet die verpflichtende Selbstevaluierung momentan wenig Anreize.

Im Gegensatz zu Österreich, wo es zwar Anforderungen an Mindeststandards für Qualitätsmanagement-Systeme gibt, die Umsetzung **eines Qualitätsmanagement-Systems in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung aber nicht verbindlich vorgesehen** ist, ist in Deutschland von Leistungserbringer:innen in der vertragsärztlichen Versorgung ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement verbindlich einzuführen und weiterzuentwickeln. Eine eigene Qualitätsmanagement-Richtlinie des deutschen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) legt die wesentlichen Elemente, die das Qualitätsmanagement-System aufzuweisen hat, fest, ohne dass ein System verbindlich gemacht wird oder eine Zertifizierung vorgeschrieben wird.

Der vormalige Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (zuständig für den Bereich Qualitätssicherung in der Medizin), bekennt sich klar zu einer verpflichtenden Nutzung von anwenderfreundlichen Qualitätsmanagement-Systemen in der ambulanten Praxis wie QEP oder ISO 9001, hierdurch werde ein Grundverständnis für Qualitätsmanagement erzeugt. Ein Vorgehen ähnlich wie in Deutschland könnte Anstoß für die Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich bieten, der wissenschaftliche Beirat der ÖQMED könnte mit der Thematik befasst werden.

# Fazit

Für die (Weiter-) Entwicklung einer umfassenden Qualitätsstrategie und einer entsprechenden Governancestruktur braucht es den politischen Diskurs unter Einbeziehung von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärzteschaft.

Die konkrete Ausgestaltung der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich und deren Einbettung in ein System der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen soll unter Einbezug aller Systempartner:innen erfolgen. In Zuge dessen sollte auch geklärt werden, was jeweils unter ‚Ergebnisqualität‘ verstanden wird. Aktuell differieren hier die Vorstellungen der Stakeholder:innen.

Des Weiteren bedarf es neben der Schaffung von notwendigen Voraussetzungen wie einer einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation,

- einer unabhängigen Organisation/Governance der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich,
- einer Diskussion der Themen der sektorenübergreifenden Qualitätsarbeit,
- der Beachtung und Einbeziehung der Patientensichtweisen und von Patientensicherheitsaspekten,
- verbindlicher Qualitätsprozesse an den Übergängen der einzelnen Sektoren und
- einer Diskussion von Qualitätsaspekten einer multiprofessionellen und integrierten Versorgung.

All diese Aspekte sollten in die Überarbeitung der aktuellen Qualitätsstrategie einfließen, um die Entwicklung einer zukunftsorientierten Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen, die sich sowohl an nationalen wie auch internationalen Erfahrungen und Erkenntnissen orientiert, und nicht ausschließlich auf eine Berufsgruppe und einen Sektor begrenzt ist, zu unterstützen.

Dieser Bericht basiert auf dem Ergebnisbericht der Gesundheit Österreich GmbH (Anlage 1).

# Literaturverzeichnis

**Czypionka, Thomas; Fößleitner, Sophie; Six, Eva (2018):** Qualität in Arztpraxen. Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich. Health System Watch. Institut für Höhere Studien, Wien

**LSE Health (2017):** Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options. London School of Economics and Political Science (LSE Health), London

**Rechnungshof (2018):** Bericht des Rechnungshofes. Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. III-168 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI.GP. Bericht des Rechnungshofes, Wien

**Weißenhofer, Sabine; Piso, Brigitte (2019):** Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich. Gesundheit Österreich, Wien

