

# Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe

Ergebnisbericht

---

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



# Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe

Ergebnisbericht

Autor/in:

Katja Antony  
Barbara Fröschl  
Claudia Habl  
Anna Nagel  
Daniela Antony  
Sabine Weißenhofer

Fachliche Begleitung:

Eva Kernstock

Projektassistenz:

Monika Lovric

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

Wien, im Mai 2022

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

Zitiervorschlag: Antony, Katja; Fröschl, Barbara; Nagel, Anna; Antony, Daniela; Weißenhofer, Sabine (2022): Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/20/5366

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

Der Umwelt zuliebe:

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

# Inhalt

Abbildungen.....	V
Tabellen .....	VI
Abkürzungen.....	VII
1 Einleitung .....	1
2 Qualitätsarbeit mit Bezug zum niedergelassenen ärztlichen Bereich.....	6
2.1 Rechtliche Grundlagen .....	9
2.2 Institutionelle Verortung und Finanzierung der Qualitäts-sicherungsmaßnahmen im niedergelassenen ärztlichen Bereich .....	13
2.2.1 Institutionelle Verortung .....	13
2.2.2 Finanzierung der Qualitätsarbeit.....	17
2.3 Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz inkl. Evaluation und Kontrolle von Qualität in Ordinationen.....	17
2.3.1 Aufgaben zur Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz .....	19
2.3.2 Die ÖQMED und Ihre Beiräte .....	20
2.3.3 Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung: Verord-nung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Berichts-wesen.....	23
2.4 Qualitätsmanagement für Ordinationen.....	27
2.5 Qualitätsarbeiten im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung.....	29
2.5.1 Qualitätsstrategie.....	29
2.5.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit.....	33
2.5.3 Arbeiten im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags.....	33
2.6 Weitere Qualitätsinitiativen im niedergelassenen ärztlichen Bereich .....	33
3 Methodik .....	37
3.1 Ausgangsbasis – Empfehlungen zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich .....	37
3.2 Methodisches Vorgehen .....	38
4 Erhebungen bei Stakeholdervertretungen .....	42
4.1 Herausforderungen und bestehende Potenziale der Quali-tätsarbeit.....	42
4.2 Ergebnisse zum aktuellen Stand und Handlungsbedarf aus Sicht der Stakeholder:innen .....	44
4.2.1 HF1 – Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen .....	44
4.2.2 HF2 – Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung .....	57
4.2.3 HF3 – Transparenz der Qualitätsarbeit.....	63
4.2.4 HF4 – Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit.....	69
4.2.5 HF5 – Verbindliche Standards .....	73
4.3 Ergebnisse zu Entwicklungsbedarf aus Sicht der Stakeholder:innen.....	76
4.4 Ergebnisse zu Entwicklungsbedarf aus Sicht der Fach-gruppen und Fachgesellschaften.....	77
5 Maßnahmen der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich – internationale Beispiele .....	78
5.1 Perspektiven internationaler Experten .....	78
5.2 Institutionelle Verankerung von Qualitätssicherung in anderen europäischen Ländern .....	83
5.3 Verpflichtendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Deutschland .....	90

5.3.1	Bericht zur Umsetzung des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements	91
5.3.2	Qualitätsmanagementsysteme im niedergelassenen Bereich in Deutschland	91
5.4	Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich in anderen europäischen Ländern	93
5.5	Transparenz der Qualitätsarbeit	94
5.6	Innovative Ansätze der Qualitätsarbeit	98
5.6.1	Value-Based Healthcare	98
5.6.2	PROMs und PREMs	99
6	Zusammenfassung und Diskussion	102
6.1	Aktueller Stand der QS und Entwicklungsbedarfe (inkl. Einschätzungen der internationalen Experten)	102
6.2	Diskussion und Limitationen	109
6.3	Fazit	111
7	Anhang	120
7.1	Gesetzgebung – Erlassung von für Qualitätssicherung maßgeblichen Gesetzen durch das Bundesministerium	120
7.2	Grundlegende Aufgaben der Qualitätsarbeit des Bundesministeriums	123
7.3	Aufgaben des Bundes im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich im engeren Sinn	126
7.4	Gesetzliche Aufgaben der Sozialversicherung	128
7.5	Gesetzliche Aufgaben der Ärztekammer	131
7.6	Gesetzliche Aufgaben der ÖQMED	134
7.7	Fragenkatalog und Rückmeldungen der Bundesfachgruppen der ÖÄK	138
7.8	Rückmeldungen der Ärzteschaft	138
7.9	Fragenkatalog und Rückmeldungen der österreichischen Fachgesellschaften	150
7.10	Übersicht von QS-Initiativen und -Arbeiten auf Websites österreichischer Fachgesellschaften	153
7.11	Interviewleitfaden	155
7.12	Bereiche/Dimensionen der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement	162
7.13	Qualitätsmanagementsysteme für Arztpraxen	163
7.13.1	Qualitätsmanagementsystem für Arztpraxen ÖQM®	163
7.13.2	Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)	163
7.13.3	Europäisches Praxisassessment (EPA)	165
7.13.4	ISO 9000 – Anforderungen Qualitätsmanagementsysteme	165
	Literaturverzeichnis	167

# Abbildungen

Abbildung 2.1: Komponenten der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich inkl. Zuständigkeiten.....	6
Abbildung 2.2: Aufbau und Ablauf der Qualitätssicherung der niedergelassenen ärztlichen Versorgung.....	18
Abbildung 4.1: Diskussionsgrundlage zur künftigen Governance.....	51
Abbildung 5.1: Schweiz – Organisation Qualitätssicherung.....	89
Abbildung 5.2: Einsatz von QM-Verfahren im niedergelassenen Bereich in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung, freiwillige Angabe .....	92
Abbildung 5.3: Qualitätsberichterstattung über Arztpraxen – Deutschland .....	95
Abbildung 7.1: Bereiche/Dimensionen der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (B-ZK 2014) .....	162

## Tabellen

Tabelle 2.1: Gesetzliche Aufgaben des BIQG .....	16
Tabelle 2.2: Mitglieder der Beiräte der ÖQMED im Überblick.....	21
Tabelle 2.3: Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen: Überblick der Themenschwerpunkte, Themen und Ziele <sup>1</sup> .....	31
Tabelle 3.1: Übersicht nominierte Stakeholdervertretungen und Interviewpartner:innen .....	40
Tabelle 4.1: Übersicht Qualitätsstandards gemäß GQG .....	74
Tabelle 6.1: HF1 – Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung.....	104
Tabelle 6.2: HF2 – Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung.....	105
Tabelle 6.3: HF3 – Transparenz der Qualitätsarbeit – Entwicklung: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung .....	106
Tabelle 6.4: HF4 – Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit – Entwicklung: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung .....	107
Tabelle 6.5: HF5 – Verbindliche Standards: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung.....	109
Tabelle 7.1: Gesetzgebung – Erlassung von für Qualitätssicherung maßgeblichen Gesetzen durch das Bundesministerium.....	120
Tabelle 7.2: Grundlegende Aufgaben der Qualitätsarbeit des Bundesministeriums.....	123
Tabelle 7.3: Aufgaben des Bundes im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich im engeren Sinn .....	126
Tabelle 7.4: Gesetzliche Aufgaben der Bundesländer.....	127
Tabelle 7.5: Aufgaben der Sozialversicherung .....	128
Tabelle 7.6: Gesetzliche Aufgaben der Ärztekammer.....	131
Tabelle 7.7: Gesetzliche Aufgaben der ÖQMED.....	134
Tabelle 7.8: Übersicht der Rückmeldungen zu QS-Initiativen und -Arbeiten der Bundesfachgruppen der ÖÄK.....	139
Tabelle 7.9: Übersicht der Rückmeldungen zu QS-Initiativen und -Arbeiten der Fachgesellschaften .....	151
Tabelle 7.10: Übersicht der Recherche von QS-Initiativen und -Arbeiten auf Websites österreichischer Fachgesellschaften .....	153

## Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
ÄrzteG	Ärztegesetz
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
EPA	Europäisches Praxisassessment
EQK	Eidgenössische Qualitätskommission (Schweiz)
FA	Fachärztin bzw. Facharzt
FG VP	Fachgruppe Versorgungsprozesse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss (Deutschland)
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:in
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung (Deutschland)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICD-10	International Classification of Diseases
IHS	Institut für Höhere Studien
IOM	Institute of Medicine (USA)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Deutschland)
IV	Integrierte Versorgung
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutschland)
KV	Kassenärztliche Vereinigung (Deutschland)
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Schweiz)
LSE	The London School of Economics and Political Science
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖQMED	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PREM	Patient-Reported Experience Measures
PROM	Patient-Reported Outcome Measures
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QS-VO	Qualitätssicherungsverordnung
RH	Rechnungshof
WHO	World Health Organization



# 1 Einleitung

Das Ärztegesetz (Ärztegesetz 1998) 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 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. „Dabei sollen insbesondere die bisherigen Erfahrungen und Arbeiten berücksichtigt und Empfehlungen zu Inhalten und Organisation erarbeitet werden, die politischen Entscheidungen zugrunde gelegt werden können.“* (Arbeitsauftrag an die Arbeitsgruppe, Schreiben des BMSGPK vom 26. 7. 2021)

Vor diesem Hintergrund wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beauftragt, eine Bestandserhebung (IST-Stand, Stärken und Verbesserungspotenziale) zum Qualitätssystem im niedergelassenen Bereich mit Fokus auf Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen durchzuführen.

Die Ergebnisse der Bestandserhebung sollen Input für den Bericht des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz an den Nationalrat bilden, der gemäß § 245 Abs. 6 Ärztegesetz 1998 bis 30. 6. 2022 zu legen ist.

Es liegen mehrere rezente Publikationen zur Qualitätssicherung (QS) im niedergelassenen Bereich in Österreich vor. Zur Vermeidung von Doppelungen referenziert vorliegender Bericht auf diese Arbeiten: Dabei berücksichtigt der GÖG-Bericht „Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich“ (Weißenhofer/Piso 2019) einen Bericht des Rechnungshofes zur QS für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2018, den „Efficiency Review“ der London School of Economics (LSE Health 2017) und den Bericht zur Qualität in Arztpraxen des Instituts für Höhere Studien (Czypionka et al. 2018). Die Empfehlungen der drei Berichte werden in fünf Handlungsfeldern zusammengefasst, auf die auch der Arbeitsauftrag an die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ referenziert.

Der GÖG-Bericht zur Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich (Weißenhofer/Piso 2019) ist den Stakeholderinnen und Stakeholdern bekannt und wird als Ausgangspunkt der Arbeiten herangezogen.

### Ziele vorliegender Arbeit sind

- » die Darstellung des IST-Stands der Qualitätssicherung und -messung im niedergelassenen ärztlichen Bereich mit Fokus auf Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen sowie des Umsetzungsstandes der Empfehlungen des GÖG-Berichts und seiner Grundlagen,
- » die Erhebung des Entwicklungsbedarfs der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich in Orientierung an den fünf im Auftrag an die AG „Qualitätssicherung“ formulierten Handlungsfeldern<sup>1</sup> sowie möglicher Handlungsoptionen aus Sicht der Stakeholder:innen sowie
- » die Darstellung vertiefender Informationen bzw. internationaler Beispiele zu jenen Maßnahmen der Qualitätsarbeit, die sich in den Erhebungen bei Stakeholderinnen und Stakeholdern als prioritär erwiesen.

Zu den Nicht-Zielen des vorliegenden Berichts zählt die Durchführung einer Wirkungsevaluation der QS im niedergelassenen Bereich. Abgegrenzt wurde der inhaltliche Auftrag des BMSGPK an die GÖG auch dahingehend, dass der Bericht Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der angestellten ärztlichen Berufsangehörigen nicht erfasst.

Der vorgelegte Bericht fokussiert damit gemäß dem Auftrag auf eine Analyse der aktuellen Situation der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich in Österreich. Das breite Feld der sektorenübergreifenden Qualitätsarbeit, der Beachtung und Einbeziehung der Patientensichtweisen und von Patientensicherheitsaspekten, der Qualitätsprozesse an den Übergängen der einzelnen Sektoren oder Qualitätsaspekte einer multiprofessionellen und integrierten Versorgung werden in diesem Bericht daher nicht näher bearbeitet. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass gerade die weitere Diskussion dieser Themen 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, unterstützen wird.

Die derzeitigen Grundlagen, Gesetze und Rahmenbedingungen, wie z. B. Gesundheitsqualitätsgesetz, Qualitätsstrategie, Patientensicherheitsstrategie, die in diesem Bericht beschrieben werden (vgl. Kapitel 2), sind dementsprechend zu überarbeiten und anzupassen. Indikatoren, die die Qualitätsarbeit sicht- und messbar machen und auch die unterschiedlichen Zugänge und Erwartungen an Qualitätsarbeit – jene der Patientinnen und Patienten, der Berufsgruppen und der Stakeholder:innen bzw. der Finanziers – berücksichtigen, müssen auf allen Systemebenen (weiter-)entwickelt und eingesetzt werden.

Fachliche Expertise zum Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich wurde aus Deutschland (Dr. med. Christof Veit / Institutsleiter des BQS – Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, Deutschland und Hon.-Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz / vormaliger Präsident der Berliner Ärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer

---

<sup>1</sup>

Die im Auftrag an die AG „Qualitätssicherung“ genannten fünf Handlungsfelder entsprechen jenen, in die Weißenhofer/Piso (2019) die Empfehlungen der o. g. drei Berichte (des Rechnungshofes, der LSE und des IHS) geclustert hat.

(zuständig für den Bereich Qualitätssicherung in der Medizin)) und der Schweiz (Univ. Prof. Dr. Bernhard Güntert (Vizepräsident der Eidgenössischen Qualitätskommission) eingeholt und soll eine externe Sichtweise auf das System der Qualitätsarbeit in Österreich geben und allfällige Lernerfahrungen aus anderen Systemen bzw. internationalen Good-Practice-Beispielen ermöglichen.

### Qualitätsbegriffe und Verwendung der Begriffe im vorliegenden Dokument

Da es keine allgemeingültige Definition von Qualität und qualitätsbezogenen Begriffen gibt, wird in vorliegender Arbeit vor dem Hintergrund der Fragestellung die Definition von Qualität und qualitätsbezogenen Begriffen – wie bereits im Bericht von Weißenhofer/Piso (2019) – in Orientierung am Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) sowie an anderen in Österreich akkordierten Vorgaben (Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme (B-ZK 2014)), Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 (BMGF 2017a) verwendet. Wo relevant wird auf die Definitionen von Qualität im Gesundheitsbereich durch internationaler Organisationen verwiesen.

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

In der internationalen Literatur zu Qualität im Gesundheitsbereich wird häufig auf die Definitionen der World Health Organization (WHO) und des US-amerikanischen IOM (Institute of Medicine, heute NAM, National Academy of Medicine) referenziert. Qualität im Gesundheitswesen ist gemäß Weltgesundheitsorganisation (WHO) „(...) *the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes.*“ (WHO 2022) Sie fußt außerdem auf evidenzbasiertem professionellem Wissen. Dimensionen der qualitätsvollen Gesundheitsversorgung sind demnach:

- » Effektivität – Bereitstellung evidenzbasierter Gesundheitsdienstleistungen für diejenigen, die sie benötigen
- » Sicherheit – Vermeidung von Schäden für Menschen, für die die Behandlung und Pflege bestimmt ist
- » Patientenzentriertheit – Bereitstellung einer Behandlung und Pflege, die auf individuelle Vorlieben, Bedürfnisse und Werte eingeht
- » Um die Vorteile von qualitätsvoller Versorgung realisieren zu können, müssen Leistungen bei ihrer Erbringung zudem folgende Kriterien erfüllen:
- » rechtzeitig – Leistungen zum Zeitpunkt erbringen, zu dem sie erforderlich und wirksam sind; vermeidbare Wartezeiten reduzieren
- » chancengerecht – Bereitstellung von Dienstleistungen, deren Qualität aufgrund von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, geografischer Lage und sozioökonomischem Status nicht variiert
- » integriert – eine zwischen den verschiedenen Ebenen und Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern koordinierte Behandlung und Pflege erbringen; es gilt, über alle Lebensabschnitte die gesamte Palette an Leistungen zur Verfügung zu stellen.

» effizient – Verschwendung und missbräuchliche Praxis vermeiden (WHO 2022)

Die Definition des Institute of Medicine (IOM) lautet ähnlich: Auch sie inkludiert die fast identen sechs Domänen („Safety“, „Effectiveness“, „Patient-centeredness“, „Timeliness“, „Efficiency“ und „Equity“) (IOM Committee on Quality of Health Care in America 2001). Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) definiert die Qualität im Gesundheitswesen als Dimension der „health system performance“. Auch hier werden die Domänen „Effectiveness“, „Safety“ und „Patient-centeredness“ hervorgehoben. (OECD 2021)

Hierbei sind vor allem die Unterschiede in den Domänen der einzelnen Definitionen hervorzuheben. Während Effektivität und Patientenorientierung Teil aller Definitionen sind, kommen beispielsweise die Domänen „Equity“<sup>2</sup> bei WHO und IOM, nicht aber bei der OECD oder auch im GQG vor und „Sicherheit“ in den internationalen Definitionen, nicht jedoch in der Definition von Qualität lt. GQG. Hier wird der Begriff der Patientensicherheit (siehe unten) als eigener Begriff definiert.

**Qualitätsmanagement** bezieht sich jeweils auf Organisationen/Einrichtungen/Institutionen. Darunter versteht man *„abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. ‚Leiten und Lenken‘ bezüglich Qualität meint üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung“* (B-ZK 2014, S. 2). Qualitätsmanagement beinhaltet damit auch Aspekte der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung. *„Die Qualitätssicherung wird als Teil des Qualitätsmanagements definiert, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, die jeweiligen Qualitätsanforderungen zu erfüllen.“* (zitiert nach AWMF ÄZQ 2007; B-ZK 2014, S. 2)

*„Die **Qualitätssicherung** umfasst als Bestandteil des Qualitätsmanagements alle organisatorischen und technischen Maßnahmen, die vorbereitend, begleitend und prüfend der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen.“* (Alichs 2004; zitiert nach B-ZK 2014, S. 2) Qualitätssicherung ist somit Teil des Qualitätsmanagements, sie kann aber auch ohne Einbettung in ein umfassendes Qualitätsmanagement stattfinden.

**Qualitätsmessung** (messen: durch Anlegen, Zugrundelegen eines Maßes ermitteln, etwas beurteilen<sup>3</sup>) bedarf einer Operationalisierung und kann z. B. mittels Indikatoren erfolgen. Qualitätsmessung bildet gemeinsam mit anderen Herangehensweisen und Instrumenten (Kontrolle, Evaluierung, Qualitätsstandards, Qualitätsberichte) die Grundlage für Qualitätsarbeit. Mossialos et al. (2017) sehen die Qualitätsmessung mit Berichterstattung als zentrales Instrument zur Sichtbarmachung der Qualität und deren Steigerung. (LSE Health 2017)

---

2

Gleichheit der Gesundheitsversorgung in dem Sinne, dass diese unabhängig von persönlichen Merkmalen wie Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, sozioökonomischem Status und geografischer Lage ist.

3

Duden Wörterbuch (2018)

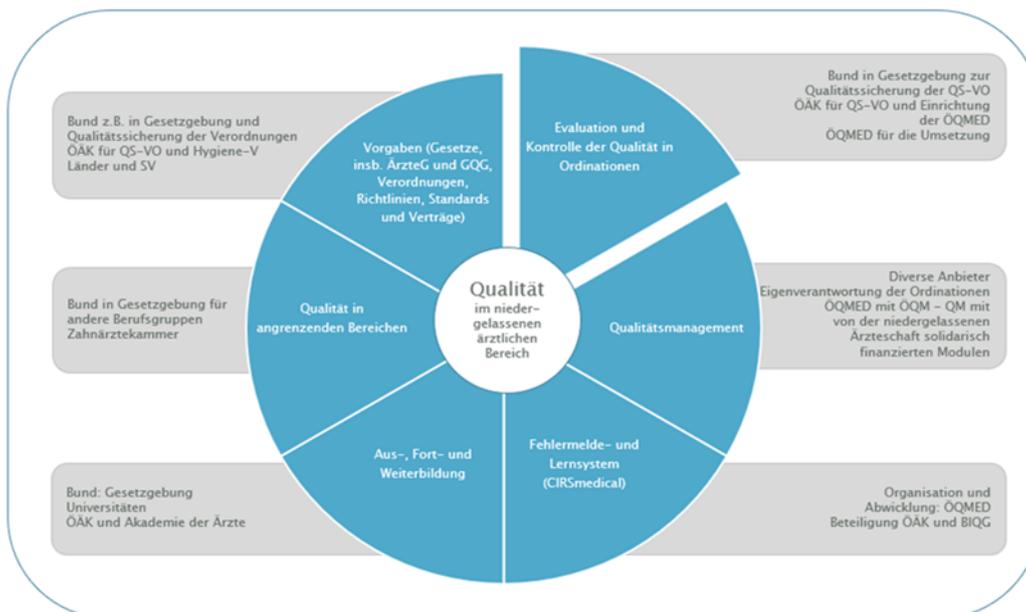
**Patientensicherheit** ist ein Bestandteil der Qualität im Gesundheitswesen und zielt laut WHO auf die Prävention und Reduktion von Risiken, Fehlern und Schäden, welche Patientinnen und Patienten im Zuge der Gesundheitsversorgung begegnen, ab.(WHO 2022a) Laut dem deutschen ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin ist sie *„das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren.“* (AWMF ÄZQ 2007). Gemäß GQG § 2 umfasst sie *„Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können.“* (Gesundheitsqualitätsgesetz)

## 2 Qualitätsarbeit mit Bezug zum niedergelassenen ärztlichen Bereich

Die **Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich** setzt sich aus einer Reihe von Komponenten zusammen, die zum Teil aufeinander aufbauen bzw. ineinandergreifen. Untenstehende Abbildung 2.1 veranschaulicht diese Komponenten der Qualitätsarbeit mit Bezug zum niedergelassenen ärztlichen Bereich und die institutionellen Zuständigkeiten. Sie zeigt, dass die gesetzlich verpflichtende (Selbst-)Evaluation gemäß Ärztegesetz und die Kontrolle der Qualität in Ordinationen/Gruppenpraxen in einen größeren Kontext eingebunden sind.

Zudem existiert eine alle Bereiche des Gesundheitswesens berührende **Qualitätsstrategie** für das österreichische Gesundheitswesen, welche Maßnahmen zu Patientensicherheit, Qualitätsmessung, Qualitätsmanagement, Qualitätsstandards, Evidenz sowie Transparenz und Information ermöglicht. Zum Teil finden diese auch in den Komponenten der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich ihren Niederschlag (zur Qualitätsstrategie vgl. Kapitel 2.5).

Abbildung 2.1:  
Komponenten der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich inkl. Zuständigkeiten



ÄrzteG = Ärztegesetz; BIQG = Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen; GQG = Gesundheitsqualitätsgesetz; HygVO = Hygieneverordnung; ÖAK = Österreichische Ärztekammer; ÖQMED = Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH; QM = Qualitätsmanagement; QS-VO = Qualitätssicherungsverordnung; SV = Sozialversicherung

Quelle und Darstellung GÖG

Die in Abbildung 2.1 dargestellten Komponenten können wie folgt umrissen werden:

» **Evaluation und Kontrolle der Qualität in Ordinationen**

Die im Rahmen des Ärztegesetzes vorgesehene Selbstevaluation der Qualität in Arztordinationen wird gemäß der Qualitätssicherungsverordnung (QS-VO 2018b) von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED) abgewickelt. Diese QS-VO legt einen Schwerpunkt auf die Strukturqualität und zu einem geringeren Ausmaß auf die Prozessqualität. (vgl. auch Kapitel 2.3).

Die Sozialversicherung nimmt zudem Kontrollen im Vertragspartnerbereich vor, der Fokus liegt hier überwiegend auf Vertrags- und Abrechnungsaspekten.

» **Qualitätsmanagement**

Neben den Vorgaben zur Qualitätssicherung stehen den Ordinationen auch Qualitätsmanagementsysteme zur Verfügung, die sie dabei unterstützen sollen, ihre Qualität kontinuierlich zu verbessern. Die Anwendung solcher Systeme ist freiwillig (auch im Rahmen der QS-VO sind diese als freiwilliges Evaluierungskriterium vorgesehen), ein System speziell für nieder-gelassene Ärztinnen und Ärzte wird von der ÖQMED unter dem Namen ÖQM angeboten, die Umsetzung von ÖQM in den Ordinationen kann durch die ÖQMED zertifiziert werden.

Die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages (B-ZK 2014) gelten als Empfehlung der Bundes-Zielsteuerungskommission für alle Berufsgruppen im österreichischen Gesundheitswesen (vgl. auch Kapitel 2.4).

» **Fehlermelde- und Lernsystem – CIRSmedical**

Unerwünschte Ereignisse in der Medizin können von allen im Gesundheitswesen beschäftigten Personen unabhängig von ihrem Beruf, aber auch von Patientinnen und Patienten im Rahmen des Berichts- und Lernsystems des österreichischen Gesundheitswesens CIRSmedical (Critical Incident Reporting System) berichtet werden. Qualifizierte Berichte werden von Expertinnen und Experten bearbeitet, mit Fachkommentaren versehen und veröffentlicht, um dabei aus den anonym gemeldeten Fehlern lernen zu können. CIRSmedical ist organisatorisch bei der ÖQMED verortet, die gemeldeten Probleme werden von relevanten Expertenstellen im österreichischen Gesundheitswesen bearbeitet und von Expertinnen und Experten der GÖG qualitätsgesichert.

Gemäß § 23 der QS-VO haben Ordinationen und Gruppenpraxen im Rahmen des Risikomanagements ein Fehlerberichts- und Lernsystem wie beispielsweise CIRSmedical einzusetzen.

» **Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft – aber auch anderer in Ordinationen tätiger Gesundheitsberufe – ist ein wesentliches Kriterium der Strukturqualität. Die ärztliche Fortbildung ist auch eines der 23 Evaluierungskriterien, die in der QS-VO festgeschrieben sind. Aus-

, Fort- und Weiterbildung sind jedoch nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts und werden daher nicht weiter ausgeführt.

» **Qualität in angrenzenden Bereichen**

Die meisten Vorgaben hinsichtlich Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle gelten für den niedergelassenen humanmedizinischen Bereich. Für Zahnarztordinationen gelten weitaus weniger umfassende Vorgaben, die aber durch eine Verordnung der Österreichischen Zahnärztekammer für diese Ordinationen ebenfalls verbindlich gemacht werden. Andere niedergelassene Berufsgruppen (z. B. MTD-Berufe, Krankenpflegepersonal) betreffen Vorschriften in den Berufsgesetzen z. B. hinsichtlich Dokumentation und Fortbildungsverpflichtungen. Zudem gelten auch für diese Berufsgruppen Hygienevorschriften und die Vorgaben hinsichtlich der Verwendung von Medizinprodukten. Im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung sind die Bundesländer dafür verantwortlich, dass die sozialen Dienste qualitäts- und bedarfsgerecht angeboten werden, eine entsprechende Vereinbarung wurde gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen getroffen.

Für den Bereich der stationären Gesundheitsversorgung (wie z. B. allgemeine Krankenhäuser, aber auch selbstständige Ambulatorien) schreibt u. a. das Krankenanstalten- und Kurantaltengesetz (KAKuG) Vorgaben zur Qualitätssicherung fest. Diese Einrichtungen sind u. a. verpflichtet, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung und Maßnahmen zur Wahrung der Patientensicherheit vorzusehen. Auch sind die Träger der Krankenhäuser verpflichtet, an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung (QBE) sowie an sektorenübergreifenden Patientenbefragungen teilzunehmen<sup>4</sup>.

» **Vorgaben (rechtlicher Rahmen, Richtlinien, Standards)**

Zudem liegt eine Reihe von gesetzlichen Regelungen, Richtlinien und Standards (z. B. Qualitätsstandards und Leitlinien) vor, die die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich reglementieren, einen Rahmen setzen bzw. Orientierung bieten (vgl. zu rechtlichen Grundlagen auch Kapitel 2.1).

Ergänzend zu den in Abbildung 2.1 dargestellten Komponenten gibt es Einzelinitiativen der Qualitätsarbeit für spezifische Interventionen oder Erkrankungen (wie beispielsweise das Qualitätszertifikat Darmkrebs oder auch Qualitätszirkel), welche für die Qualität im niedergelassenen Bereich von hoher Relevanz sind. Ein Überblick zu diesen Initiativen findet sich unter Kapitel 2.6

---

4

Für Krankenhäuser gibt es überdies die bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten, die Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI).

## 2.1 Rechtliche Grundlagen

Die Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich umfasst eine Reihe von Vorgaben, Maßnahmen und Angeboten, die darauf abzielen, einerseits ein gewünschtes Mindestmaß an Qualität zu erreichen und zu erhalten (Qualitätssicherung) und andererseits eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität zu unterstützen (Qualitätsmanagement).

### Vorgaben zur Qualitätssicherung

Vorgaben, die zur Sicherung der Qualität beitragen sollen, umfassen Qualitäts- und Behandlungsstandards inklusive Anforderungen an die Infrastruktur und Personalausstattung, Qualitätskriterien und Anforderungen hinsichtlich Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hygiene, aber auch hinsichtlich der verwendeten Medizinprodukte.

Grundlegende Vorgaben zur Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich sind in unterschiedlichen Gesetzen (in der jeweils geltenden Fassung sowie in ergänzenden Verordnungen/Verträgen) geregelt.

- » Das **Gesundheitsqualitätsgesetz (Gesundheitsqualitätsgesetz)** legt die Zuständigkeit des Bundesministers / der Bundesministerin für Gesundheit für die Abstimmung und Koordination der bundesweiten Qualitätsarbeit fest. Im GQG werden grundlegende Begriffsbestimmungen zu Qualitätsbegriffen getätigt und die Grundprinzipien der Qualitätsstandards, die Verpflichtung zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Transparenz der Qualität für Patientinnen und Patienten und die Erstellung von Qualitätsberichten geregelt. Das GQG legt auch fest, dass die Einhaltung von Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, Voraussetzung für die Abgeltung der Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems sind. Im Speziellen verweist das GQG auf das G-ZG (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz) und die dort festgehaltenen Punkte der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung sowie der Einhaltung der ÖSG-Strukturqualitätskriterien. Auch regelt das GQG die Verpflichtung aller GDA zur Teilnahme an den dort festgelegten bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Zusätzlich verpflichtet das GQG den:die Bundesminister:in im Sinne der Sicherung und Verbesserung der Qualität zur bundesweiten Beobachtung und Kontrolle inkl. Sicherstellung externer Kontrollen. Es räumt ihm bzw. ihr sowie beauftragten Personen, Einrichtungen und Behörden zu diesem Zweck das Recht auf Auskunft und Einsicht in alle für die Qualitätsarbeit relevanten Unterlagen sowie ggf. auch auf Erhebungen vor Ort ein.
- » Die **Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens** (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG 2017) hält in Art. 8 den Rahmen für die Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen fest. Demnach bilden das **GQG** und die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung vereinbarte **Qualitätsstrategie** (BMGF 2017b) die Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen.
- » Diese „*Qualitätsarbeit hat die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen, wobei diese Ebenen in einem direkten und ausgewogenen Verhältnis zu einander zu*

stehen haben. Die Weiterentwicklung, die Sicherung und Evaluierung des flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems haben bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsgruppenübergreifend, insbesondere auch einschließlich des ambulanten Bereichs zu erfolgen. Die Patientensicherheitsstrategie ist ein wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit.“ Weiters wird festgehalten, dass die „Qualitätsarbeit [...] umsetzungs- und praxisorientiert zu gestalten [ist]. Bei der Qualitätsarbeit und den vereinbarten bzw. zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen ist eine Ausgewogenheit zwischen dem stationären und ambulanten Bereich sicherzustellen. Sämtliche Festlegungen zum Qualitätssystem haben jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung-Gesundheit zu entsprechen. Qualitätsarbeit hat auch einen wesentlichen Beitrag zur mittel- bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und zu deren langfristigen Finanzierbarkeit beizutragen.“ Geregelt wird auch, dass „die Sicherstellung der Qualität einschließlich der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen [...] – unabhängig davon, in welcher Institution bzw. Einrichtung die Gesundheitsleistungen und von welchem Gesundheitsdiensteanbieter sie erbracht werden – verpflichtend [ist]. Die beschlossenen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement werden verbindlich in allen Gesundheitseinrichtungen und bei allen Gesundheitsdiensteanbietern weiter umgesetzt. Es ist sicherzustellen, dass die Einhaltung der festgelegten essentiellen Qualitätsstandards Voraussetzung für die Erbringung und Verrechnbarkeit der Leistungen ist.“ (Art. 8 Abs 1–3 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG 2017)

Für den Bereich der Ergebnisqualitätsmessung wird mit Bezug zum ambulanten Bereich festgelegt, dass dieser auf Grundlage des beschlossenen Konzeptes (hier A-OQI) weiter zu entwickeln und umzusetzen ist. „Als Voraussetzung dafür ist eine einheitliche Diagnose- und Leistungsdokumentation gemäß Art. 15 aufzubauen und bei allen Gesundheitsdiensteanbietern verpflichtend umzusetzen.“

„Die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung sowie die Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung im niedergelassenen Bereich erfolgen im übertragenen Wirkungsbereich nach den Vorgaben des Bundes. Darüber hinaus sind geeignete Indikatoren zu entwickeln um analog zu Art. 9 Abs. 2 dieser Vereinbarung Qualitätsinformationen aus dem extramuralen Bereich aus Routinedaten verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung anzubieten.“ Zusätzlich wird festgehalten, dass „im Bereich der Strukturqualität [...] die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt [werden].“

Weitere Regelungen, die in der Vereinbarung getroffen werden und Relevanz für die Qualitätsarbeit des niedergelassenen Bereichs aufweisen, betreffen den Einsatz von digitalen Informationssystemen, um transparente Informationen über Angebote, Leistungen und Ergebnisse von Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern (GDA) für die Bevölkerung bereitzustellen, die Wartezeiten auf ausgewählte Leistungen im ambulanten und stationären Bereich transparent zu machen und eine regelmäßige bundesweite und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung vorzunehmen. In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sind in Artikel 14 u. a. folgende Aufgaben mit Bezug zur Qualität der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich festgelegt: die „Optimierung der inter-sektoralen Behandlungsprozesse (BQLL Präoperative Diagnostik, BQLL Aufnahme- und Entlassungsmanagement) unter Nutzung der Instrumente des Gesundheitsqualitätsgesetzes“ und die „Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards für

*priorisierte Bereiche, wobei die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen ein wesentlicher Schwerpunkt ist“.*

- » Im **Ärztegesetz 1998** werden u. a. Regelungen hinsichtlich der Ausbildungsqualität (nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts) und der Qualität in der Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden durch diesen Berufsstand getätigt. In § 49 des ÄrzteG 1998 ist die Verpflichtung zur Fortbildung und Einhaltung der fachspezifischen Qualitätsstandards gemäß GQG geregelt sowie die Verpflichtung zur umfassenden Evaluierung der Qualität (Selbstevaluierung der Qualität in den Ordinationen inkl. Datenübermittlung). Des Weiteren ist in § 117b des ÄrzteG festgehalten, dass die „Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, soweit diese im überwiegenden Interesse der Ärzte gelegen sind (Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a)“ von der Österreichischen Ärztekammer im eigenen Wirkungsbereich wahrzunehmen ist, *„wobei sich die Österreichische Ärztekammer bei der Aufgabenerfüllung hilfsweise der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED) bedienen kann“*. Auch die Qualitätssicherung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung zählt zu den Aufgaben der ÖÄK im eigenen Wirkungsbereich. § 117c regelt, dass die *„Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ausgenommen im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit durch a) Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, insbesondere zur Wahrnehmung der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im niedergelassenen Bereich gemäß § 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), BGBl. I Nr. 81/2013, b) Qualitätsevaluierung mit Ausnahme der Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs. 2a, c) Qualitätskontrolle sowie d) Führung eines Qualitätsregisters“ zu den Aufgaben der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich zählt. Auch hier kann sich die ÖÄK „bei der Aufgabenerfüllung [...] hilfsweise der ÖQMED bedienen“*. In Erfüllung u. a. dieser Aufgaben ist die Österreichische Ärztekammer gemäß ÄrzteG § 195 f. *„sowie Dritte, derer sich die Österreichische Ärztekammer zur Aufgabenerfüllung bedient, [...] an die Weisungen der zuständigen Landeshauptfrau/des zuständigen Landeshauptmannes und der Bundesministerin/des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gebunden.“*
- » Im ÄrzteG 1998 sind weitere Regelungen getroffen hinsichtlich der Datenbereitstellung über die Berufsangehörigen zu Qualitäts- und Planungszwecken, Aus- Fort- und Weiterbildung, Behandlung nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie bestehender Vorschriften und fachspezifischer Qualitätsstandards (insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes, Hygiene, Ergebnisqualitätsmessung lt. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz), aber auch hinsichtlich der Erlassung einer Qualitätssicherungsverordnung (QS-VO), der Einrichtung und der Aufgaben der ÖQMED und von deren Beiräten (Wissenschaftlicher Beirat und Evaluierungsbeirat). Nähere Ausführungen zu der Qualitätssicherung gemäß ÄrzteG inkl. Evaluation und Kontrolle von Qualität in Ordinationen finden sich unter Kapitel 2.3
- » Auch die Sozialversicherungsgesetze (ASVG, GSVG, FSVG, BSVG) treffen Regelungen hinsichtlich der Qualität ärztlicher Leistungen, insbesondere hinsichtlich der Durchführung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich (zu vertragskonformen Vorgehensweisen), zum Nahtstellenmanagement, zur Qualitätssicherung bei Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche und zur Verankerung von Qualitätsvorgaben in den Gesamtverträgen mit ihren Honorarordnungen.

- » Das Medizinproduktegesetz regelt neben einer Vielzahl anderer Aspekte von Medizinprodukten auch deren Sicherheit und Qualität sowie das Qualitätsmanagement im Umgang mit ihnen. Dazu ermächtigt es den:die Bundesminister:in, Verordnungen beispielsweise zu Maßnahmen zum Qualitätsmanagement im Bereich der Medizinprodukte und deren Zertifizierung zu erlassen. Näheres zum gesetzgeberischen Aufgabenbereich des Bundesministeriums ist der Tabelle 7.1 im Anhang zu entnehmen.

Die Umsetzung einiger Aspekte dieser Gesetze ist in eigenen Verordnungen/Verträgen geregelt, z. B.:

- » **Verordnung** der Österreichischen Ärztekammer **über die hygienischen Anforderungen** von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen
- » Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (QS-VO 2018b)  
Zudem können Qualitätsstandards gem. Gesundheitsqualitätsgesetz mittels Verordnung als verbindliche Qualitätsrichtlinie erlassen werden.
- » Die **Medizinproduktebetreiberverordnung** regelt die regelmäßige Wartung und Sicherstellung der ordnungsgemäßen Funktionsweise von Medizinprodukten. Die Kontrolle und Überprüfung der Einhaltung erfolgt durch die ÖQMED im Rahmen der Selbstevaluierung

Auch der **Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)** ist ein Instrument zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich, da er als zentrales Planungsinstrument auf Bundesebene verbindliche Vorgaben für die Planung bestimmter Bereiche des Versorgungssystems als auch Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität enthält. Die Inhalte sind grundsätzlich als Sachverständigengutachten zu betrachten, wengleich ausgewählte Inhalte per Verordnung verbindlich gemacht werden. (BMGF 2017b)

## 2.2 Institutionelle Verortung und Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen im niedergelassenen ärztlichen Bereich

### 2.2.1 Institutionelle Verortung

In der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich sind eine Vielzahl von Institutionen tätig. Im Folgenden werden die für die Qualitätssicherung zentralen Institutionen gelistet und es wird ein Überblick über deren Aufgabenspektrum im Rahmen der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich gegeben.

Institutionsübergreifend sind Bund, Länder und Sozialversicherung in der Bundes-Zielsteuerungskommission vertreten, welche grundsätzlich an einem partnerschaftlichen Zielsteuerungssystem zu Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung arbeiten, der Bundes-Zielsteuerung, wozu u. a. Qualitätsagenden gehören (vgl. Kapitel 2.5.3.).

In den Kapiteln 2.3.1, 2.3.2 und 2.3.3 sind die Österreichische Ärztekammer und die ÖQMED, der sich die Ärztekammer zur Aufgabenerfüllung im Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich bedient, sowie deren Aufgaben ausführlich beschrieben. Aus diesem Grund wird von zusätzlichen Ausführungen in diesem Kapitel abgesehen. Eine genaue Auflistung der gesetzlichen Aufgaben der beiden Institutionen können Tabelle 7.6 und Tabelle 7.7 im Anhang entnommen werden.

#### 2.2.1.1 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Die Aufgaben des Bundesministeriums sind vielfältig: Es ist zuständig für die Erlassung maßgeblicher Gesetze sowie für die bundesweite Koordinierung der Qualitätsmaßnahmen und die Sicherstellung einer systematischen Qualitätsarbeit. Es hat das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) einzurichten und kann sich diesem in Qualitätsbelangen bedienen. Weiters nimmt es eine bundesweite Kontroll- und Beobachtungsfunktion ein und macht Vorgaben zur Qualitätsberichterstattung. Es wirkt im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung am Österreichischen Strukturplan Gesundheit (vgl. auch Kapitel 2.5.2), an der Qualitätsstrategie (vgl. auch Kapitel 2.5.1) und an den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme mit.

##### **Gesetzgebung – Erlassung von für Qualitätssicherung maßgeblichen Gesetzen**

Das Bundesministerium übernimmt im Bereich der Qualitätssicherung den Großteil der gesetzgeberischen Aufgaben. Zum einen ist es für die Erlassung der für die Qualitätssicherung maßgeblichen Gesetze (GQG, ÄrzteG, MPG) sowie auch Verordnungen (gemäß MPG) zuständig. Zum

anderen übernimmt es im Bereich der durch die Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich zu erlassenden Verordnungen (u. a. QS-VO) eine Kontroll- bzw. im Fall der QS-VO die letztendliche Entscheidungsfunktion.

Näheres zu diesem Aufgabenbereich und zu den relevanten Gesetzesquellen ist Tabelle 7.1 im Anhang zu entnehmen.

### **Grundlegende Aufgaben der Qualitätsarbeit**

Als Mitglied der Bundes-Zielsteuerungskommission und auch gemäß QQG ist das Bundesministerium für die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zuständig.

- » Es hat sicherzustellen, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in ausgewogenem Maße berücksichtigt werden, und wirkt an der Entwicklung von entsprechenden Kriterien, Anforderungen und Indikatoren mit.
- » Die Vorgaben zur bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung werden ebenfalls vom Bundesministerium erstellt. Es ist zudem in die Entwicklung von Qualitätsstandards involviert und kann diese als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien per Verordnung erlassen.
- » Das Bundesministerium ist außerdem für die Beobachtung und Kontrolle dieser Vorgaben sowie die Sicherstellung externer Kontrollen der Qualitätsarbeit zuständig.

Details dazu und die genauen Gesetzesquellen sind Tabelle 7.2 im Anhang zu entnehmen.

### **Aufgaben im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich im engeren Sinn**

- » Im Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich verfügt das Bundesministerium insbesondere über Rechte, wie das Weisungsrecht gegenüber der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich, das Recht auf Auskunft und Einsicht in relevante Unterlagen oder das Recht auf Festlegung einer höheren Stichprobe der Validitätsprüfungen.
- » Als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED wirkt das Bundesministerium an Empfehlungen zu Inhalten der QS-VO mit. Zudem ist es ebenfalls Mitglied des Evaluationsbeirats der ÖQMED (vgl. auch Tabelle 2.2).

Näheres zu den Aufgaben des Bundesministeriums in der Qualitätssicherung des niedergelassenen ärztlichen Bereichs im engeren Sinn kann Tabelle 7.3 im Anhang entnommen werden.

## **2.2.1.2 Bundesländer**

Die Bundesländer sind in die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich insbesondere als Bundes-Zielsteuerungspartner eingebunden (vgl. Kapitel 2.2.1.12.2.1.1). Andere Aufgaben sind die Stellungnahme zur QS-VO oder das Weisungsrecht gegenüber der ÖÄK in Bezug auf die QS-

VO. Zudem wirken sie als Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED an Empfehlungen zu Inhalten der QS-VO mit. Außerdem sind die Bundesländer im Evaluationsbeirat der ÖQMED vertreten (vgl. auch Tabelle 2.2).

Näheres zu den Aufgaben der Bundesländer kann Tabelle 7.4 im Anhang entnommen werden.

### 2.2.1.3 Sozialversicherung

Die Aufgaben der Sozialversicherung im Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich sind zum einen jene als Bundes-Zielsteuerungspartnerin (vgl. Kapitel 2.2.1.1) und beziehen sich zum anderen auf die Miteinbeziehung der Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards als Voraussetzung für die Abgeltung von Leistungen sowie Qualitätsvorgaben bei der Vereinbarung der Honorarordnungen in Gesamtverträgen (z. B. hinsichtlich Verordnungen, adäquater Medikation, Anwendung von Qualitätskriterien in Screeningprogrammen). Weiters führt die Sozialversicherung im Vertragspartnerbereich auch Kontrollen durch.

Die Sozialversicherung wirkt zudem als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED an Empfehlungen zu Inhalten der QS-VO mit. Zudem ist sie Teil des Evaluationsbeirats der ÖQMED (vgl. auch Tabelle 2.2).

Näheres zu den Aufgaben der Sozialversicherung kann Tabelle 7.5 im Anhang entnommen werden.

### 2.2.1.4 BIQG

Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) wurde im Jahr 2007 auf Basis des 2004 verabschiedeten Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG) durch das Bundesministerium als Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtet. Dem BIQG obliegen die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation eines bundesweiten Qualitätssystems unter Berücksichtigung der Grundpfeiler Bundeseinheitlichkeit, der bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifenden Vorgehensweise, der Patientinnen- und Patientenorientierung, der Transparenz, Effektivität, Effizienz sowie internationaler Standards.

So wirkt das BIQG an der Erstellung von Vorgaben und Grundsätzen, den Qualitätsstandards und Qualitätsberichten mit. Es wirkt an inhaltlichen Arbeiten im Zusammenhang mit der Qualitätsstrategie und dem ÖSG mit. Weiters unterstützt es das BMSGPK bei der bundesweiten

Koordinierung der Qualitätsmaßnahmen. Eine Reihe von Arbeiten erfolgt im Kontext bzw. weist Berührungspunkte zu der QA im niedergelassenen ärztlichen Leistungsbereich auf.<sup>5</sup>

Die Gesundheit Österreich GmbH führt den Vorsitz des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED und wirkt im Rahmen dessen an Empfehlungen zu Inhalten der QS-VO mit. Zudem ist es Teil des Evaluationsbeirats der ÖQMED (vgl. auch Tabelle 2.2: Mitglieder der Beiräte der ÖQMED im Überblick).

Tabelle 2.1:  
Gesetzliche Aufgaben des BIQG

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	verpflichtend/möglich <sup>1</sup>
GQG	§ 9		Grundpfeiler Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz gemäß internationaler Standards	verpflichtend
GQG	§ 9	Vorgaben und Grundsätze	Mitwirkung bei Erstellung zu Vorgaben und Grundsätzen (Standardentwicklung, Qualitätsberichterstattung, Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen, Kontrollen)	verpflichtend
GQG	§ 9	Qualitätsstandards	Überprüfung, Empfehlung, Erarbeitung von Qualitätsstandards (Bundesqualitätsrichtlinien oder -leitlinien)	verpflichtend
GQG	§ 9	Qualitätsberichte	Erstellung von Qualitätsberichten	verpflichtend
GQG	§ 9	Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen	Durchführung und Mitwirkung bei Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen	verpflichtend
GQG	§ 9	Kontrolle	Durchführung bzw. Mitwirkung bei der Kontrolle zur Einhaltung von GQG, VO oder sonstigen Vorgaben	verpflichtend
GQG	§ 9	Koordination	Unterstützung des BM bei bundesweiter Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen	verpflichtend

= Die Spalte „verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder lediglich die Möglichkeit eingeräumt wird.

Quelle: GÖG

5

Nähere Informationen zu den konkreten Projekten und Schwerpunkten des BIQG können auf der Website der Gesundheit Österreich GmbH (<https://goeg.at/>) nachgelesen werden.

## 2.2.2 Finanzierung der Qualitätsarbeit

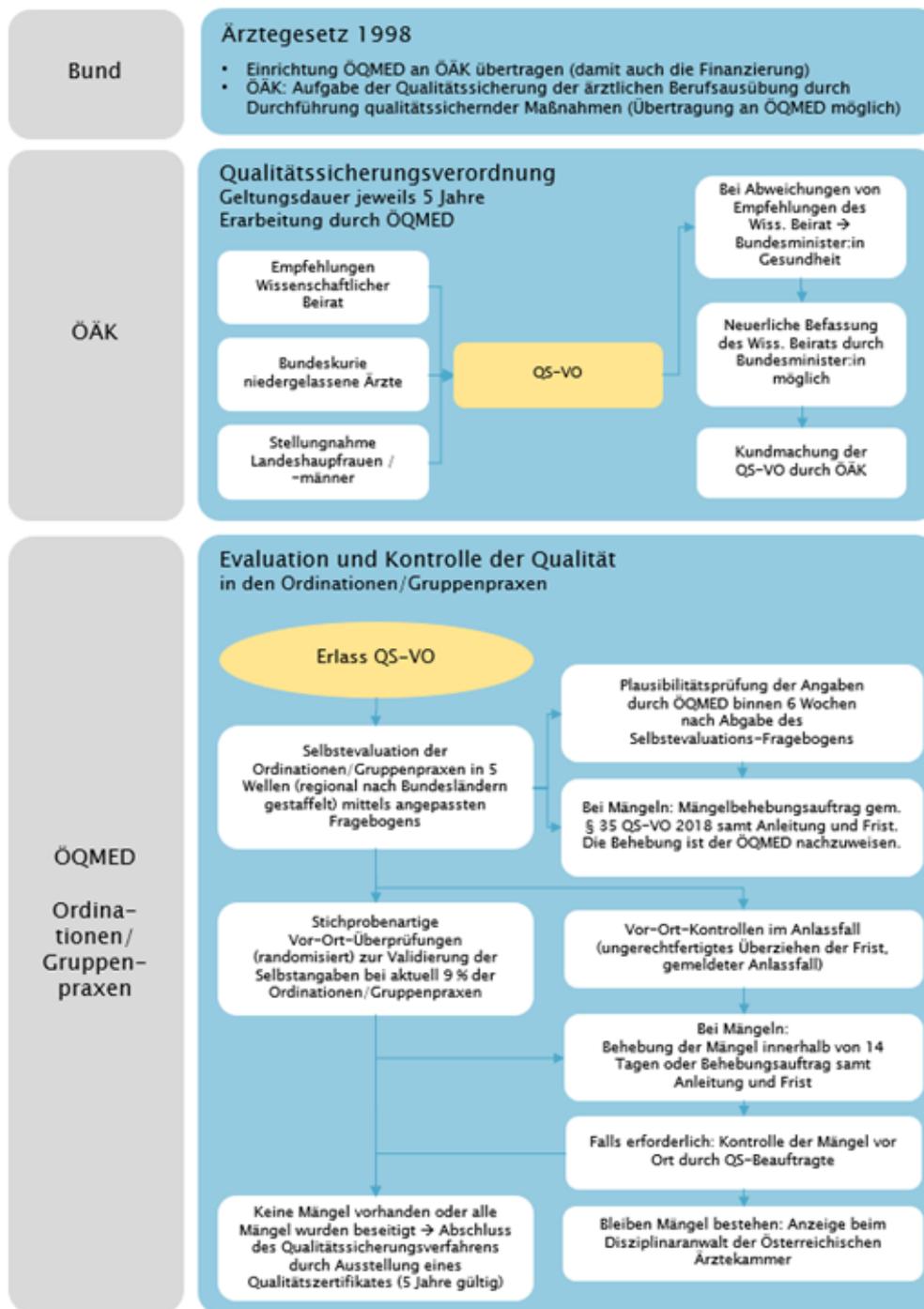
Die Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich wird u. a. wie folgt finanziert:

- » Arbeiten im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit werden von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam finanziert.
- » Die Österreichische Ärztekammer ist lt. Ärztegesetz (§ 118a ÄrzteG) verpflichtet, die ÖQMED einzurichten. Die Kosten für die Qualitätssicherung in ärztlichen Ordinationen gemäß QS-VO werden damit von der Österreichischen Ärztekammer getragen.
- » Die Kosten für die Teilnahme am Wissenschaftlichen Beirat und am Evaluierungsbeirat (Plenum und Ausschüsse) der ÖQMED haben die entsendenden Institutionen zu tragen.
- » Qualitätsagenden des BIQG im Rahmen des GQG (sofern diese nicht im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erbracht werden) werden vom zuständigen Ministerium finanziert.
- » Kosten der Qualitätsarbeit bzw. des Qualitätsmanagements in den Ordinationen selbst sind von diesen zu tragen.

## 2.3 Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz inkl. Evaluation und Kontrolle von Qualität in Ordinationen

Im Ärztegesetz 1998 ist geregelt, dass die ÖÄK die ÖQMED einrichtet und auch für die Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich Sorge zu tragen hat, diese damit auch finanziert. Insgesamt verantwortet die ÖÄK einen nennenswerten Teil der Aktivitäten rund um die Qualitätssicherung der niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit entweder im eigenen oder im übertragenen Wirkungsbereich und delegiert diesen an die ÖQMED weiter, die insofern in die Erarbeitung der Qualitätskriterien involviert ist, als die von den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats übermittelten Vorschläge und Änderungsbedarfe für die Qualitätskriterien gesammelt und aufbereitet werden. Ebenso kann die ÖQMED selbst Vorschläge einbringen. Im Rahmen der Evaluation überprüft die ÖQMED dann die Einhaltung dieser Qualitätskriterien. Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Zuständigkeiten, Verpflichtungen und Abläufe im Zuge dieser Qualitätssicherung der Ordinationen/Gruppenpraxen (=Selbstevaluation).

Abbildung 2.2:  
Aufbau und Ablauf der Qualitätssicherung der niedergelassenen ärztlichen Versorgung



Darstellung: GÖG

### 2.3.1 Aufgaben zur Qualitätssicherung gemäß Ärztegesetz

Im Ärztegesetz 1998 (§ 117b ÄrzteG) ist festgehalten, dass die Österreichische Ärztekammer im eigenen Wirkungsbereich die *„Aufgabe der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zu übernehmen hat, soweit diese im überwiegenden Interesse der Ärztinnen und Ärzte gelegen sind“* (= Selbstevaluierung). Die Ärztekammer darf sich hierfür der ÖQMED, die von der ÖÄK einzurichten ist, bedienen (§ 118a ÄrzteG). Im übertragenen Wirkungsbereich (§ 117c ÄrzteG) übernimmt die ÖÄK *„Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ausgenommen im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit“* in folgenden vier Aufgabenbereichen:

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

In diesem Zusammenhang obliegt der Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich auch das Erlassen der Verordnung über die ärztliche Qualitätssicherung (QS-VO) (§ 118c ÄrzteG), welche die zu prüfenden Kriterien und die Ausgestaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die ÖQMED regelt. Auch hier kann sie sich zur *„Erarbeitung von Empfehlungen für die Gestaltung und regelmäßige Anpassung der Verordnung“* hilfsweise der ÖQMED bedienen.

Eine weitere für die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich relevante Verordnung, die von der Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich erlassen wird, ist die Verordnung über hygienische Anforderungen an Ordinationsstätten und Gruppenpraxen.

Die Verordnungen, die im übertragenen Wirkungsbereich der ÖÄK erlassen werden, sind gemäß Ärztegesetz § 195g. erforderlichenfalls einem Begutachtungsverfahren zu unterziehen, wobei hier der:die Bundesminister:in die Begutachtungsstelle bestimmt und dieser auch Entwürfe zur Verbesserung rückstellen kann.

Gemäß § 195f. Ärztegesetz sind die ÖÄK sowie Dritte, derer sich die ÖÄK zur Aufgabenerfüllung bedient, in den Angelegenheiten des übertragenen Wirkungsbereichs an die Weisung der zuständigen Landeshauptleute sowie auch des BMSGPK gebunden.

Eine detaillierte Auflistung der gesetzlichen Aufgaben gemäß Ärztegesetz der Ärztekammer sowie der ÖQMED können Tabelle 7.6 und Tabelle 7.7 im Anhang entnommen werden.

## 2.3.2 Die ÖQMED und Ihre Beiräte

Die ÖQMED ist von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) eingerichtet und finanziert, sie wird in Form einer GmbH geführt. Zusätzlich zu den gemäß GmbH-Gesetz verpflichtenden Organen ist die ÖQMED verpflichtet, einen Wissenschaftlichen Beirat und einen Evaluierungsbeirat einzurichten. Letzterer besteht aus einem bundesländerübergreifend arbeitenden Plenum und Evaluierungsausschüssen, welche in den Bundesländern nach regionalen Erfordernissen eingesetzt werden (§ 118a und b ÄrzteG). Die ÖQMED führt die im Kapitel 2.3.1 erwähnten Aufgaben für die OÄK aus.

In Bezug auf die Ausgestaltung und Inhalte der Evaluation kommt dem Wissenschaftlichen Beirat damit eine bedeutende Rolle zu: Er ist beauftragt, Empfehlungen für die Evaluation der Erbringung ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich (inkl. Gruppenpraxen) und für selbst-ständige Ambulatorien (inkl. jener der sozialen Krankenversicherung) abzugeben. Konkret geht es hierbei um die Gestaltung der in der QS-VO festgelegten Qualitätskriterien und den Prozess der Qualitätsevaluierung und Qualitätskontrolle.

Die Rolle des Evaluierungsbeirats liegt in der Begleitung der ÖQMED bei der Planung, Durchführung und Umsetzung der Evaluierung auf Basis der QS-VO. Auch unterstützt er die ÖQMED bei der Kontrolle sowie im Bedarfsfall auch bei der Beurteilung individueller Evaluierungsergebnisse. Das Plenum des Evaluierungsbeirats befasst sich dabei mit bundesländerübergreifenden Agenden, die Evaluierungsausschüsse in den Bundesländern mit individuellen Evaluierungen.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der Beiräte. Die Mitglieder werden jeweils von den angeführten Institutionen entsandt und sollen über „*hinreichende Erfahrung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung*“ verfügen.

Tabelle 2.2:  
Mitglieder der Beiräte der ÖQMED im Überblick

	Wissenschaftlicher Beirat besteht aus	Evaluierungsbeirat	
		Plenum besteht aus	Evaluierungsausschüsse bestehen jeweils aus
<b>Vorsitz</b>	Gesundheit Österreich GmbH	ÖÄK	ÖÄK
<b>Stellvertretung des Vorsitzes</b>	durch Wahl aus dem Kreis der Mitglieder		
<b>Österreichische Ärztammer</b>	5 Vertretungen: » 1 Vertretung der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin, » 1 Vertretung der Bundessektion Fachärzte, » 1 Vertretung der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, » 1 Vertretung der Österreichischen Akademie der Ärzte, » 1 Vertretung der Österreichischen Ärztammer als Gesellschafterin der ÖQMED für Qualitätssicherung	» 2 Vertretungen der ÖÄK, von denen eine den Vorsitz führt » je 1 Vertretung der Ärztammern in den Bundesländern	» 1 Vertretung der ÖÄK, die den Vorsitz führt » 1 Vertretung der Ärztammern des jeweiligen Bundeslandes
<b>Bundesminister:in für Gesundheit</b>	2 Vertretungen	1 Vertretung	1 Vertretung
<b>Bundesländer</b>	1 Vertretung (nominiert von der Verbindungsstelle der Bundesländer)	1 Vertretung (nominiert von der Verbindungsstelle der Bundes- länder)	-
<b>Sozialversiche- rungsträger</b>	2 Vertretungen	» 1 Vertretung Dachverband der Sozialversicherungsträger » je eine Vertretung der ÖGK » 2 Vertretungen der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen » 2 Vertretungen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	» 1 Vertretung der ÖGK » 1 Vertretung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
<b>Gesundheit Öster- reich GmbH</b>	2 Vertretungen, von de- nen eine den Vorsitz führt	1 Vertretung	1 Vertretung

	Wissenschaftlicher Beirat besteht aus	Evaluierungsbeirat	
		Plenum besteht aus	Evaluierungsausschüsse bestehen jeweils aus
<b>Patienteninteressen</b>  <b>Weitere</b>	<p>1 Vertretung (nominiert vom: von der Bundesminister:in für Gesundheit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» 1 Vertretung der Medizinischen Universitäten und Universitäten, an denen eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist (nominiert von der Universitätenkonferenz)</li> <li>» 1 Vertretung der Bundesarbeitskammer</li> <li>» 1 Vertretung der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten</li> </ul>	<p>1 Vertretung (nominiert vom: von der Bundesminister:in für Gesundheit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» 1 Vertretung der Bundesarbeitskammer</li> <li>» 1 Vertretung der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten</li> </ul>	<p>1 Vertretung (nominiert vom: von der Bundesminister:in für Gesundheit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» 1 Vertretung der Arbeiterkammer des betreffenden Bundeslandes</li> <li>» 1 Vertretung der gesetzlichen Interessenvertretung privater Krankenanstalten des betreffenden Bundeslandes</li> </ul>

Quelle: Ärztegesetz 1998, Darstellung: GÖG

## 2.3.3 Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung: Verordnung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Berichtswesen

### Erstellen und Erlassen der QS-VO

Die QS-VO verfolgt das Ziel der „*systematischen Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen*“ (im Rahmen des Umfangs der Verordnung) und wird von der Österreichischen Ärztekammer für eine Geltungsdauer von fünf Jahren (bzw. bei Bedarf einer Weiterentwicklung früher) erlassen. Für die Erarbeitung kann sich die ÖÄK der ÖQMED bedienen, was in der Praxis auch geschieht. Im Rahmen der Erarbeitung muss der Wissenschaftliche Beirat der ÖQMED sowie die Bundeskurie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte befasst werden. Die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats bilden die Grundlage für die QS-VO. Stellungnahmen der Landeshauptfrauen und Landeshauptmänner zu den Inhalten der QS-VO sind darüber hinaus einzuholen. Sofern die ÖÄK von den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats in der Ausgestaltung der QS-VO abweicht, muss diese Abweichung dem Wissenschaftlichen Beirat und dem Bundesminister für Gesundheit schriftlich mitgeteilt und begründet werden, dieser kann eine neuerliche Befassung des Wissenschaftlichen Beirats veranlassen.

In der Vergangenheit stand die nächste Verordnung nicht immer zeitgerecht zum Ende der vorgesehenen Fünf-Jahres-Periode zur Verfügung.

### Inhalte der Verordnung

Inhaltlich regelt die Verordnung folgende Bereiche:

- » Evaluierungskriterien (wo benötigt, mit definierten Ausprägungen)
- » Evaluierungsverfahren
- » Mängelfeststellung, Mängelbehebung und Kontrolle
- » Besondere Verfahrensmaßnahmen (Vor-Ort-Besuche und Gefahr im Verzug)
- » Abschluss der Qualitätssicherungsverfahren
- » Qualitätsregister (Inhalt und Verwaltung)
- » Qualitätsbericht
- » Informations- und Auskunftspflichten

### Evaluierungskriterien

Die 23 Evaluierungskriterien umfassen überwiegend strukturelle sowie einige prozessbezogene Aspekte der Qualitätssicherung. Prozessbezogene Kriterien beziehen sich dabei Großteils auf Anforderungen an die Unterweisung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Standardabläufe in der Ordination hinsichtlich Dokumentation, Meldungen oder Befundmanagement. Anforderungen an patientenbezogene Versorgungsprozesse sind weit weniger präsent. Kriterien, die sich auf

Ergebnisqualität beziehen, sind kaum bzw. nicht festgelegt. Die Evaluierungskriterien sind für folgende Bereiche enthalten:

1. Patientenversorgung – Erreichbarkeit
2. Räumlichkeiten
3. Brandschutz, Gesundheit und Sicherheit der Arbeitsplätze
4. Hygiene
5. Notfallvorsorge
6. Notfallausstattung
7. Arzneimittelverfügbarkeit und -qualität, Reagenzien
8. Suchtgiftbezug, Suchtgiftgebarung und Suchtgiftdokumentation
9. Medizinisches Verbrauchsmaterial
10. Apparative Ausstattung
11. Ringversuche
12. Ärztliche Fortbildung
13. Mitarbeiterinsatz
14. Patientenhistorie und Dokumentation
15. Befundverwaltung und Befundweiterleitung
16. Patientenkommunikation und Patientenaufklärung
17. Interdisziplinäre Zusammenarbeit
18. Zugang zur ärztlichen Behandlung und Diagnosestellung
19. Interne Kommunikation
20. Unerwünschte Ereignisse/Patientensicherheit
21. Beschwerdemanagement
22. Ausstattung
23. Qualitätsmanagementaspekte

Nicht alle Kriterien oder beschriebenen gewünschten Ausprägungen der Kriterien sind für alle Ordinationen/Ordinationstypen anwendbar, weswegen für die Selbstevaluation auch nur die zutreffenden Qualitätskriterien relevant sind. Anhand der Angaben zur Ordination/Gruppenpraxis (z. B. mit oder ohne Patientenkontakt) wird ein auf die Ordination/den Ordinationstyp angepasster Fragebogen aus den Evaluierungskriterien erstellt. Strukturqualitätskriterien im Sinne von Ausstattungslisten sind im Anhang zur QS-VO fachspezifisch geregelt.

### **Durchführung der Qualitätsevaluierung inkl. Plausibilitätsprüfung und stichprobenartige Vor-Ort-Besuche**

Die Qualitätsevaluierung wird im Wege einer Selbstevaluierung durch die Ordinationen und Gruppenpraxen umgesetzt und von der ÖQMED administriert. Hierfür stellt die ÖQMED den Ärztinnen und Ärzten sowie Gruppenpraxen fachspezifische Evaluierungsbögen zur Verfügung, die entweder online oder auf Papier ausgefüllt und innerhalb einer Frist von vier Wochen an die ÖQMED retourniert werden. Innerhalb des Fünfjahreszeitraums werden die Ordinationen nacheinander anhand ihrer Bundeslandzuordnung evaluiert. Auf die Selbstevaluierung folgt eine Plausibilitätsprüfung der Antworten und eine Stichprobenziehung für Vor-Ort-Besuche. Bei Bedarf müssen Mängel innerhalb einer Frist behoben werden.

Die Plausibilitätsprüfung erfolgt innerhalb von sechs Wochen nach Übermittlung des Selbstevaluierungsfragebogens an die ÖQMED. Das Qualitätszertifikat erhalten Ordinationen nach erfolgreicher Selbstevaluation, sofern die ärztliche Fortbildung gem. Akademie der Ärzte GmbH nachgewiesen wurde, die Plausibilitätsprüfung keinen Mangel ergibt, keine Validitätsprüfung durch einen stichprobenartigen Vor-Ort-Besuch und auch kein spezifischer Vor-Ort-Besuch geplant ist.

Ein Mindestanteil von 200 pro 3.000 Ordinationen und Gruppenpraxen (das entspricht knapp 7 % der Ordinationen und Gruppenpraxen) wird gemäß QS-VO pro Evaluierungszyklus einer stichprobenartigen Validitätsprüfung mittels angekündigter Vor-Ort-Besuche durch Qualitätssicherungsbeauftragte geprüft. Der:Die Bundesminister:in kann eine höhere Stichprobengröße bestimmen (eine Anpassung wurde aktuell auch vorgenommen im Jahr 2021 liegt der Anteil der überprüften Ordination und Gruppenpraxen bei etwa 9 %; vgl. Kapitel 4.2.1.2). Qualitätssicherungsbeauftragte sind Ärztinnen und Ärzte mit ausreichender Qualifikation und Erfahrung, die einen Vor-Ort-Besuch durchführen und darüber ein Protokoll verfassen. Auf Basis der Ergebnisse der Selbstevaluierung, des Protokolls über den Vor-Ort-Besuch und einer allfälligen Stellungnahme der Ärztin bzw. des Arztes oder der Gruppenpraxis muss durch die Qualitätssicherungsbeauftragten ein Bericht erstellt und binnen vier Wochen an die ÖQMED übermittelt werden. Bei Bedarf kann der zuständige Evaluierungsausschuss befasst werden.

Die QS-VO regelt zudem, wie und binnen welcher Frist Mängel im Sinn einer Mindererfüllung der Qualitätskriterien zu beheben sind. Hierfür werden Mängelbehebungsaufträge ausgestellt und bei Bedarf kontrolliert.

Die ÖQMED ist verpflichtet, der Sozialversicherung Informationen über Evaluierungen bei Vertragsärztinnen und -ärzten teils automatisch und teils auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.

Die Fristsetzung, Kontrolle und auch etwaige Konsequenzen bei nicht sachgemäßer Mängelbehebung richten sich nach der Art des Mangels und danach, ob eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit besteht. Je nach Art des Mangels und des Gefährdungspotenzials sind weitere Schritte zu setzen (z. B. Disziplinarvergehen, Meldung an die Sozialversicherung, was zur Kündigung des Sozialversicherungsvertrags führen kann, Information der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde bei Mängeln bei hygienischen Anforderungen).

Bei Disziplinaranzeigen durch die ÖQMED bzw. hinsichtlich der ärztlichen Fortbildung durch die Akademie der Ärzte GmbH oder bei Anzeigen an die Bezirksverwaltungsbehörden durch die ÖQMED entscheidet die ÖÄK gemäß ÄrzteG § 42 über die Einleitung eines Verfahrens zum Erlöschen der Berufsberechtigung. Dafür werden die Qualitätssicherungsverfahren der ÖQMED unterbrochen. Die ÖÄK hat die ÖQMED über den Ausgang der Disziplinarverfahren oder Verfahren zum Erlöschen der Berufsberechtigung zu informieren und die ÖQMED kann das Qualitätssicherungsverfahren wieder aufnehmen.

### **Spezifische Vor-Ort-Besuche (Besondere Verfahrensmaßnahmen)**

Wird von befugten Stellen (z. B. ÖÄK, Sozialversicherung, Patientenvertretung) eine begründete Anregung für einen anlassbezogenen spezifischen Vor-Ort-Besuch ausgesprochen, erfolgt dieser

durch eine qualitätsbeauftragte Person binnen vier Wochen ab Einlangen der Anregung (bei Gefahr in Verzug so zeitnah als möglich). Die Ordination/Gruppenpraxis wird vor dem Besuch unter Angabe der Begründung darüber informiert, sofern nicht zu erwarten ist, dass die Ankündigung die objektive Kontrolle verhindert. Die Patientenvertretung ist über den Termin von der ÖQMED zu informieren und hat das Recht, daran teilzunehmen. Der Vor-Ort-Besuch erfolgt analog zu den regulären Vor-Ort-Besuchen, wird entsprechend dokumentiert und ebenfalls an die ÖQMED und bei Bedarf dem zuständigen Evaluierungsausschuss übermittelt. Der Bericht der ÖQMED ergeht an die anregende Stelle, die zuständige Patientenvertretung sowie die Österreichische als auch die zuständige Landesärztekammer. In Hinblick auf Mängel wird analog zu den stichprobenartigen Vor-Ort-Besuchen vorgegangen. Ist Gefahr in Verzug, sind die zuständigen Stellen (zuständige Landesärztekammer, Bezirksverwaltungsbehörde, zuständige Krankenversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten) schriftlich zu verständigen. Überdies sind die Schritte der Evaluierung und Kontrolle in Abstimmung mit anderen behördlichen Maßnahmen zu setzen.

### **Qualitätsregister**

Die ÖQMED führt über die Selbstevaluierungsbögen und die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle ein Qualitätsregister. Darin werden 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 werden. Die Landesärztekammern melden bzw. aktualisieren die Daten der Ärzteliste. Nach Zustimmung der Ordinationen/Gruppenpraxen können Evaluierungsergebnisse zum Kriterium „Zugang zur ärztlichen Behandlung und Diagnosestellung“ in das Barrierefreiheitsregister der ÖQMED übertragen werden. Darüber hinaus ist das Register mit strengen Zugriffs- und Schnittstellenregeln versehen.

### **Qualitätsbericht**

Der/Die zuständige Bundesminister:in kann Vorgaben für einen Qualitätsbericht über ärztliche Ordinationen und Gruppenpraxen machen, welche die Grundlage für die Vorlage und Veröffentlichung des Qualitätsberichts durch die ÖQMED darstellen. Die QS-VO 2018 legt fest, dass im Bericht u. a. folgende Inhalte darzustellen sind:

- » Erhebungsergebnisse der Selbstevaluierung und Plausibilitätsprüfung,
- » Ergebnisse der Validitätsprüfung mittels Vor-Ort-Besuchen,
- » Darstellung von Mängeln sowie Kontrollen von Mängelbehebungen,
- » spezifische Vor-Ort-Besuche bzw. Vor-Ort-Besuche bei Gefahr im Verzug jeweils inkl. der weiteren Verfahrensschritte,
- » Qualitätsmanagementaspekte,
- » Darstellung der aufgrund der vorab erwähnten Ergebnisse erarbeiteten und durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen zur Hebung der Qualität (hinsichtlich der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse).

Zu diesen Kerninhalten hat die ÖQMED weitere Daten z. B. hinsichtlich der Teilnahme an Disease-Management-Programmen, der Erfüllung der Mindestanforderungen an QM-Systeme oder Erhebungen hinzuzufügen, sofern diese vorhanden und der ÖQMED frei zugänglich sind.

### Informations- und Auskunftspflichten

In Rahmen der QS-VO ist geregelt, in welchen Fällen die ÖQMED welchen Stellen (Behörden, Sozialversicherung) Informationen zukommen lassen und Auskunft leisten muss. Insbesondere gegenüber der Sozialversicherung besteht im Anlassfall (z. B. Vorliegen von Mängeln über die Frist der Mängelbehebung hinaus, Abbruch von Verfahren, Nichterreichen der Zertifizierbarkeit einer Ordination/Gruppenpraxis) eine Informationspflicht und im Einzelfall eine Auskunftspflicht nach Anfrage zum Stand eines Evaluierungsverfahrens.

### Fehlermelde- und Lernsystem – CIRSmedical

Gemäß QS-VO haben Ordinationen und Gruppenpraxen im Rahmen des Risikomanagements ein Fehlerberichts- und Lernsystem wie beispielsweise CIRSmedical einzusetzen. (Näheres zu CIRSmedical findet sich auch im einleitenden Text zu Kapitel 2 und auf der Website: [cirsmedi-cal.at](http://cirsmedi-cal.at)).

## 2.4 Qualitätsmanagement für Ordinationen

Neben den Vorgaben zur Qualitätssicherung stehen den Ordinationen auch Qualitätsmanagementsysteme zur Verfügung, die sie dabei unterstützen sollen, ihre Qualität kontinuierlich zu verbessern. Die Anwendung solcher Systeme ist freiwillig (auch im Rahmen der QS-VO sind diese als freiwilliges Evaluierungskriterium vorgesehen).

Ein System speziell für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wird von der ÖQMED unter dem Namen ÖQM angeboten, dessen Eckpunkte sind:

- » durch niedergelassene Ärzteschaft solidarisch finanziertes QM-System mit acht Modulen, die den Ärztinnen und Ärzten zum Download zur Verfügung stehen – die Anwendung ist freiwillig, für die Module müssen die Ärztinnen und Ärzte aufgrund der solidarischen Finanzierung nicht bezahlen
- » Nach Implementierung von ÖQM kann eine (kostenpflichtige) Zertifizierung angestrebt werden.
- » Voraussetzung für die Zertifizierung ist ein Vor-Ort-Audit, in dem überprüft wird, ob ÖQM im Alltag der Ordination angewendet wird.
- » Das Protokoll des Audits dient Verbesserungsprozessen und als Grundlage für die Zertifizierung.
- » Ein Zertifikat ist nach bestandener Visitation fünf Jahre lang gültig.
- » Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags wurden einheitliche Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement festgelegt, die den inhaltlichen Aufbau von Qualitätsarbeit für alle Gesundheitsdienstleister:innen beschreiben. (B-ZK 2014) Die Mindestanforderungen gliedern sich in nachfolgende sechs Kategorien, die im Rahmen der Qualitätsarbeit im stationären wie auch im ambulanten/niedergelassenen Bereich unbedingt eingeschlossen werden müssen (Basisanforderung an Qualitätsmanagement):
- » Strukturqualitätskriterien

- » Prozesse (Leistungen)
- » Risikomanagement / Patienten-/Mitarbeitersicherheit
- » Patientenorientierung
- » Mitarbeiterorientierung
- » Transparenz/Ergebnisqualität

Die detaillierte Gesamtliste der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement sind dem Anhang unter 7.11 zu entnehmen.

Im Rahmen der Überarbeitung der QS-VO 2018 wurde verstärkt auf eine Abstimmung mit den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement geachtet. Bei einem inhaltlichen Abgleich der Fragen im aktuellen Musterfragebogen zur Selbstevaluierung der ÖQMED mit den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (ÖQMED) konnte festgestellt werden, dass viele Mindestanforderungen – adaptiert für den niedergelassenen Bereich – in den Fragebogen zur Selbstevaluierung integriert wurden. Einzelne Mindestanforderungen, wie z. B. Patientenfeedback und Patientenzufriedenheit, das Thema der kontinuierlichen Weiterentwicklung oder Verbesserung und flächendeckende Sicherung der Qualität (kontinuierlicher Verbesserungsprozess) sind im aktuellen Fragebogen nicht integriert.

Festgehalten wird, dass GDA, die bereits nachweislich über ein gängiges QM-System (z. B. EFQM, KTQ) verfügen, diese Mindestanforderungen bereits erfüllen. (B-ZK 2014)

## 2.5 Qualitätsarbeiten im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung

### 2.5.1 Qualitätsstrategie

Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission (BGK) wurde eine Gesamtqualitätsstrategie erarbeitet, welche im Jahr 2010 von der BGK beschlossen wurde. Die Qualitätsstrategie schafft Grundlagen dafür, dass Qualitätsaktivitäten in allen Sektoren des Gesundheitswesens koordiniert und gebündelt gesetzt werden können. Sie wird regelmäßig überprüft und angepasst. (BMGF 2017c)

Im Juni 2017 wurde die Qualitätsstrategie zuletzt aktualisiert, wobei die Maßnahmen zu den operativen Zielen der Qualitätsstrategie für die Periode 2017-2021 weiterentwickelt und neu strukturiert wurden, so sie nicht bereits umgesetzt waren.

Im November 2021 wurde vom Ständigen Koordinierungsausschuss (STKA) beschlossen, die Qualitätsstrategie 2.0 bis 2023 analog zur Verlängerung des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene fortzuschreiben. Die Fachgruppe Versorgungsprozesse (FG VP) wurde mit der Evaluierung und Vorbereitung der Aktualisierung beauftragt. Es ist geplant, im Laufe des Jahres 2022 ein entsprechendes Evaluierungskonzept zu erstellen, da insbesondere im ambulanten Bereich, bei der integrierten und der sektorenübergreifenden Versorgung wenig Fortschritt zu verzeichnen ist.

#### **Inhalte und Adressaten der Qualitätsstrategie**

Die Qualitätsstrategie richtet sich nach den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und Zielsteuerung-Gesundheit und nach relevanten Teilen des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene 2017. Die Zielgruppe der Strategie sind verschiedene Akteure des Gesundheitswesens sowie Entscheidungsträger:innen, Finanziere und Gesundheitsdienstleister:innen. (BMGF 2017c)

Inhaltlich konzentriert sie sich auf die Themenschwerpunkte:

- » Patientensicherheit,
- » Qualitätsmessung,
- » Qualitätsmanagement,
- » Qualitätsstandards und Integrierte Versorgung,
- » Evidenzbasierung sowie
- » Transparenz und Information. (BMGF 2017c)

Themen und Ziele der Qualitätsstrategie 2.0 finden sich in untenstehender Tabelle 2.3.

Die Qualitätsstrategie betont im Kapitel „Unterstützungsmaßnahmen/Umsetzungsunterstützung“, dass es zur Umsetzung der Qualitätsstrategie das Engagement und den Ressourceneinsatz aller Systempartner:innen und somit spezifischer Anreize und Fördermaßnahmen für diese bedarf. Weiters sollte bei allen Aktivitäten die Umsetzungsunterstützung mitbedacht werden und der

organisatorische Aufwand so gering wie möglich gehalten werden. (BMGF 2017c)Relevanz für den niedergelassenen Bereich

Die o. g. Themenschwerpunkte und eine Vielzahl der operativen Ziele der Qualitätsstrategie betreffen den niedergelassenen Bereich direkt oder indirekt. Beispielsweise wird im Themenschwerpunkt Qualitätsmanagement die Zielsetzung der Umsetzung von Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement bei allen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern formuliert, aber auch Qualitätsstandards und Integrierte Versorgungsprogramme setzen einen Rahmen für die Qualität der Versorgungsleistungen.

Zum Bereich der Qualitätsmessung findet sich ein eigenes Kapitel „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich“, hier wird als Hauptziel das „Sicherstellen der Prozess- und Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich insbesondere im Sinne der Integrierten Versorgung“ und als operative Ziel „Erfassen der Prozess- und Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ angeführt. (BMGF 2017b)

Wie oben erwähnt, konnten im Rahmen der Qualitätsstrategie 2.0 insbesondere im ambulanten Bereich bisher nur bedingt Fortschritte in der Umsetzung der QA erzielt werden. Eine Evaluierung der Qualitätsstrategie 2.0 ist für 2022 vorgesehen.

Tabelle 2.3:

Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen: Überblick der Themenschwerpunkte, Themen und Ziele<sup>1</sup>

Themenschwerpunkt	Thema	Hauptziel	Operative Ziele
<b>Patientensicherheit</b>	Patientensicherheitsstrategie	Sicherstellen/Gewährleisten der Sicherheit von Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitswesen	Weiterentwickeln der bestehenden, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden, österreichweiten Patientensicherheitsstrategie, aufbauend auf den bisherigen Erfahrungen und den bereits umgesetzten Maßnahmen sowie den inhaltlichen Empfehlungen des Patientensicherheitsbeirates Unterstützen der Öffentlichkeitsarbeit zu Themen der Patientensicherheit
	Hygiene	Vermeiden von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Umsetzen von Maßnahmen zur Reduktion antimikrobieller Resistenzen und zur Vermeidung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen</li> <li>» Bundesweit einheitliche Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und antimikrobieller Resistenzen und Publikation der Ergebnisse</li> </ul>
<b>Qualitätsmessung</b>	Qualitätsmessung im ambulanten Bereich	Sicherstellen der Prozess- und Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich insbes. im Sinne der Integrierten Versorgung	Erfassen der Prozess- und Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich
	Regelmäßige sektorenübergreifende Patientenbefragung und Teilnahme an ATHIS	Sicherstellen einer hohen Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung mit der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Regelmäßiges Erheben, Analysieren und Publizieren der Erfahrungen von Patientinnen und Patienten mit den Versorgungsprozessen und insbesondere mit den Kommunikations- und Betreuungsprozessen an den Schnittstellen in allen Gesundheitsversorgungsbereichen und sektorenübergreifend</li> <li>» Ermöglichen des internationalen Vergleichs der Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem</li> </ul>

Themenschwerpunkt	Thema	Hauptziel	Operative Ziele
<b>Qualitätsmanament</b>	Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement sind bei allen Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern umgesetzt	Unterstützen der Umsetzung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement bei allen Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -Anbietern
	Fort- und Weiterbildung	Gewährleisten einer hohen Qualifikation aller Gesundheitsberufe insbesondere im Hinblick auf Qualitätsmanagement und neue Versorgungsformen	Entwickeln, Festlegen und Einsetzen von Qualifikationsrahmen zum Thema Qualitätsarbeit für die Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe Anpassen der Curricula von Gesundheitsberufen an die Anforderungen multi- und interprofessioneller sowie interdisziplinärer Versorgungsformen
<b>Qualitätsstandards und Integrierte Versorgung</b>	Qualitätsstandards	Sicherstellen qualitätsgesicherter Versorgung von Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitssystem auf Basis evidenzbasierter, bundeseinheitlicher Qualitätsstandards	Entwickeln und Umsetzen von Maßnahmen zur Förderung der integrierten Versorgung für priorisierte, ausgewählte Krankheitsbilder/Versorgungsbereiche
	Integrierte Versorgung (IV)	Sicherstellen integrierter Gesundheits- und Krankenversorgung für die Bevölkerung auf qualitativ hohem Niveau	Entwickeln und Umsetzen von Maßnahmen zur Förderung der integrierten Versorgung für priorisierte, ausgewählte Krankheitsbilder/Versorgungsbereiche
<b>Evidenzbasierung</b>	Evidenzbasierte Medizin (EbM), Health Technology Assessment (HTA) und Evidence-based Public Health (EbPH)	Heranziehen der besten verfügbaren Evidenz als Grundlage für rationale Entscheidungen im Gesundheitssystem	Fördern des Einsatzes von evidenzbasierter Medizin, Health Technology Assessment und Evidence-based Public Health für therapeutische, diagnostische, organisatorische und Public-Health-Interventionen
<b>Transparenz und Information</b>	Qualitätsberichterstattung (QBE)	Erkennen von Verbesserungspotenzialen für Qualitätsarbeit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Entwickeln und Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen; kontinuierliche Weiterentwicklung einer bundesweiten und sektorenübergreifenden Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen	Durchführen und Veröffentlichen der bundesweiten, sektorenübergreifenden regelmäßigen Berichterstattung über Qualitätssysteme im Gesundheitswesen

1 = Aus dem Themenschwerpunkt „Qualitätsmessung“ ist das Thema „Qualitätsmessung im stationären Bereich (A-IQI)“ und aus dem Themenschwerpunkt „Transparenz und Information“ ist das Thema „Kliniksuche, Spitalskompass und Rehabilitationskompass“ nicht auf den niedergelassenen Bereich anwendbar, weshalb diese Teile aus der Tabelle ausgespart wurden.

Quelle und Darstellung BMFG (2017b)

## 2.5.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der ÖSG ist das zentrale Planungsinstrument auf Bundesebene für die integrative Versorgungsplanung in Österreich und Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit. Darin befinden sich verbindliche Vorgaben zur Planung bestimmter Gesundheitsversorgungsystems- und Strukturqualitätskriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität. Er wird von der Zielsteuerung-Gesundheit kontinuierlich weiterentwickelt. (BMGF 2017b)

## 2.5.3 Arbeiten im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags

Auch im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017 sind Qualitätsagenden festgelegt. So wird im Teil B, Art. 6, strategisches Ziel 2 die Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich als operatives Ziel 8 genannt. Als Voraussetzung für die Arbeiten wird der Aufbau und die verpflichtende Umsetzung einer einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation gemäß Art. 15 der Vereinbarung 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannt. (Zielsteuerung-Gesundheit 2017)

## 2.6 Weitere Qualitätsinitiativen im niedergelassenen ärztlichen Bereich

Neben der Verpflichtung der freiberuflich tätigen Ärzteschaft gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG, regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der ÖQMED zu übermitteln, werden durch die Bundesfachgruppen der Österreichischen Ärztekammer sowie die Österreichischen Fachgesellschaften darüber hinausgehende Qualitätsinitiativen initiiert und durchgeführt. Im Folgenden werden Informationen zu Qualitätsarbeit und Qualitätsinitiativen zusammengefasst dargestellt, die im Rahmen der schriftlichen Befragung von der ÖÄK und von Bundesfachgruppen (ÖÄK, Bundeskurie Niedergelassene Ärzte 2022) sowie Fachgesellschaften (ÖGDV 2022); (ÖGGG 2022); (ÖGLMKC 2022) rückgemeldet sowie bei der Recherche auf Websites von Fachgesellschaften identifiziert wurden. Im Anhang findet sich eine tabellarische Übersicht, die die Rückmeldungen der einzelnen Bundesfachgruppen sowie Fachgesellschaften darstellt (vgl. Tabelle 7.8, Tabelle 7.9 sowie Tabelle 7.10).

### Qualitätsbeauftragte Personen der Bundesfachgruppen bzw. Fachgesellschaften

Grundsätzlich sind bei den meisten Bundesfachgruppen die Bundesfachgruppenobleute bzw. Landesfachgruppenobleute und die mit der Ärztekammer assoziierte wissenschaftliche Gesellschaft für Fragen der Qualitätssicherung zuständig.

Einige Fachgesellschaften führen auf ihren Websites qualitätsbeauftragte Personen und Funktionen bzw. Qualitätssicherungskommissionen an, die sich explizit um diese Belange kümmern und entsprechende Aktivitäten im Wirkungsbereich der Fachgesellschaft initiieren und umsetzen. Andere Fachgesellschaften haben keine qualitätsbeauftragten Personen oder Funktionen festgelegt, da sie den Fokus in der Ausbildung und Wissensvermittlung und nicht in der Überprüfung der Behandlungen in den diversen niedergelassenen Ordinationen sehen.

### **Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung**

Die Bundes- bzw. Landesfachgruppen der ÖÄK sowie die Österreichischen Fachgesellschaften führen regelmäßig nationale und internationale Kongresse, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zu unterschiedlichen fachspezifischen und fächerübergreifenden bzw. qualitätsbezogenen Themen für ihre ärztlichen Mitglieder durch bzw. nehmen die Mitglieder an ebensolchen teil, um die Qualität in der täglichen Praxis zu fördern.

Es finden – je nach Fachgruppe in unterschiedlicher Häufigkeit (monatlich bis vierteljährlich), Zuständigkeit, Verortung und fachspezifischer Ausrichtung – sowohl Bundesfachgruppensitzungen als auch Landesfachgruppensitzungen bzw. bundesländerspezifische oder kleinere lokale Fortbildungen (z. B. im Sinne von Qualitätszirkeln) statt. Ebenso gibt es gemeinsame Veranstaltungen u. a. mit Fachgesellschaften, anderen Interessenvertretungen und Krankenanstalten.

**Qualitätszirkel** werden von den Bundesfachgruppen, Landesfachgruppen bzw. Fachgesellschaften österreichweit bzw. in einzelnen Bundesländern veranstaltet sowie auch Ausbildungen von Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln angeboten. Bei Qualitätszirkeln werden in kleinen Arbeitsgruppen (mit rund 6 bis 12 Ärztinnen und Ärzten) auf freiwilliger Basis Erfahrungen des ärztlichen Praxisalltags ausgetauscht und analysiert sowie Übereinstimmungen und Abweichungen in den verschiedenen Arbeitsbereichen diskutiert. Dabei sollen das interkollegiale und interaktive Lernen am eigenen Handeln ermöglicht und dadurch Probleme und Defizite bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ausgeräumt werden. Von Fachgesellschaften werden vereinzelt Mitgliederforen zur Diskussion von Patientenfällen geführt. Ebenso tragen Lehrpraxen- bzw. Lehrgruppenpraxen im niedergelassenen Bereich zur ärztlichen Aus- und Fortbildung bei.

Ergänzend werden durch die Fachgruppen regelmäßig QS-Maßnahmen für das Ordinationspersonal in Form von Kursen zur Einschulung, Fort- und Weiterbildung angeboten.

Fachgruppen sowie Fachgesellschaften informieren ihre Mitglieder über die Facharztausbildung und stellen Informationen zur Verfügung (z. B. Ausbildungsstätten, -inhalte und -materialien etc.).

Viele Fachgesellschaften veröffentlichen auf ihren Websites qualitätsgesicherte Leitfäden zur Patientenschulung und Aufklärungsblätter, die die ärztlichen Mitglieder in ihrer alltäglichen Praxis unterstützen sollen. Themen wie Patientenbetreuung und Evaluierung der Patientenzufriedenheit sind oftmals Teil von Fortbildungsveranstaltungen der Fachgruppen und Fachgesellschaften.

Zum gegenseitigen Austausch sind Fachgruppenvertreter:innen oftmals auch in den entsprechenden Fachgesellschaften vertreten (z. B. im Vorstand).

### **Erstellung von medizinischen Leitlinien, Qualitätsnormen und Qualitätskriterien**

Die Fachgruppen und Fachgesellschaften erstellen medizinische Leitlinien, Stellungnahmen sowie Empfehlungen für ihren jeweiligen Fachbereich oder wirken bei der Erstellung in Kooperation mit anderen nationalen und internationalen Stakeholderinnen und Stakeholdern mit.

Auch konkrete Qualitätskriterien für die Durchführung von Trainings sowie Orientierungshilfen für Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Auswahl geeigneter Untersuchungsmethoden werden von Fachgruppen und Fachgesellschaften entwickelt und ihren Mitgliedern zur Verfügung gestellt.

### **Patienteninformationen**

Qualitätsgesicherte Patienteninformationen finden sich auf vielen Websites österreichischer Fachgesellschaften und werden in unterschiedlicher Form zur Verfügung gestellt, z. B. Informationsblätter bzw. -folder und Ratgeber zum Download oder als Druckversion, Informationsvideos, Webinare für interessierte Personen, Patienten-Apps, Verweis zu Selbsthilfegruppen etc.

### **Evaluierung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit**

Die Evaluierung der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit wird von einigen Fachgruppen als Qualitätsinitiative durchgeführt.

### **Interne und externe Qualitätskontrollen**

Einige Fachgruppen bzw. Fachgesellschaften berichten von freiwilligen internen und externen Qualitätskontrollen mit nationalen und internationalen Anbietern bzw. Kooperationen:

- » **Zertifizierung** nach ISO 9001 bzw. zunehmend auch Akkreditierung nach ISO 15189 von Laboratorien
- » Durchführung externer Ringversuche (Vergleich zwischen verschiedenen Laboratorien, Testsystemen und Messmethoden)
- » Berücksichtigung der Anforderungen an Analyseverfahren unter Berücksichtigung der CE-In-Vitro-Diagnostika(IVD)-**Kennzeichnungen** von Testsystemen (Verifizierung bzw. ggf. Validierung neuer Analysemethoden)
- » **Akkreditierung** von Einrichtungen (z. B. im Bereich der Nuklearmedizin) durch die UEMS (European Union of Medical Specialists) mit dem Ziel der Verbesserung der Patientenversorgung durch eine Standardisierung der Qualität nuklearmedizinischer Einrichtungen in ganz Europa (UEMS 2022)
- » Führung von anonymisierten **Registern** zur Qualitätskontrolle, wo durch eine zentrale Registrierung eine schnellere Identifikation von Fehlentwicklungen oder fehlerhaften Chargen (z. B. bei Implantaten) möglich wird
- » Ebenso gibt es das **CIRSmedical Radiologie**, ein freiwilliges und anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem der österreichischen Radiologie zur Meldung und Veröffentlichung von kritischen Ereignissen (z. B. Fehlern, Beinahe-Fehlern, Risiken). Dieses System unterstützt den

kontinuierlichen Verbesserungsprozess zur Steigerung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiter:innen in der Radiologie.

### **Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge**

Das Qualitätszertifikat für Darmkrebsvorsorge wurde 2007 vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung (HVB), der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) und der Österreichische Krebshilfe (ÖKH) initiiert und umgesetzt (ÖGGH 2022b).

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin sowie für Chirurgie können sich für die Teilnahme am Projekt Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge bei der ÖGGH bewerben. Für die Bewerbung sind die Zertifizierungsrichtlinie (ÖGGH 2019), die Leitlinie zur qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie Version 1.8, 12. Mai 2016 (ÖGGH 2016) sowie die Empfehlungen zur Darmkrebsvorsorge und Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie – Update 2021 der ÖGGH (ÖGGH 2021) zu berücksichtigen. Der:Die Antragsteller:in hat neben einer vertraglichen Vereinbarung (ÖGGH 2022c) den Erhebungsbogen für Krankenhäuser bzw. niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, eine Kopie des Facharztzeugnisses und eine Bestätigung der bisher durchgeführten Koloskopien und Polypektomien (ÖGGH 2022a) der Bewerbung beizulegen. Die ÖGGH überprüft die übermittelten Unterlagen auf Vollständigkeit sowie hinsichtlich der Erfüllung der Zertifikatsanforderungen lt. Zertifizierungsrichtlinie. Diese umfasst die zu erfüllenden Qualitätskriterien hinsichtlich Leistungsdefinition, Qualifikation der Untersucherin bzw. des Untersuchers und Personals, Infrastruktur, Hygiene und Dokumentation für die Vorsorgekoloskopie. Bei Erfüllung wird dem:der Antragsteller:in ein Zertifikat (Urkunde, Gültigkeit für 2 Jahre), auch als Aufkleber bzw. elektronische Grafik für die Website ausgestellt. Zusätzlich wird der:die Zertifikatsinhaber:in in die von der ÖGGH geführte Liste aller zertifizierten Ordinationen und Einrichtungen aufgenommen (ÖGGH 2022b).

Bei Nichterfüllung der verpflichtenden Voraussetzungen und Auflagen gemäß Zertifizierungsrichtlinie treten entsprechende Konsequenzen in Kraft (z. B. Streichung der Teilnehmerin bzw. des Teilnehmers von den Websites der ÖGGH sowie der Krebshilfe für drei Monate, wenn in einem Zeitraum von sechs Monaten keine Daten übermittelt wurden; Aberkennung des Zertifikats und Streichung von der Liste der Zertifikatsinhaber:innen bei Nichterfüllung der Voraussetzungen und Auflagen der Zertifizierungsrichtlinie) (ÖGGH 2019).

Durch das Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge wird eine einheitliche Qualitätssteigerung und -sicherung des gesamten Prozesses der Darmkrebsvorsorge angestrebt. Den Patientinnen und Patienten bietet es Sicherheit bei dieser Untersuchungsmethode zur Früherkennung von Darmkrebs (ÖGGH 2022b).

## 3 Methodik

### 3.1 Ausgangsbasis – Empfehlungen zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich

Es liegen mehrere rezente Publikationen zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich für Österreich vor.

- » Der Rechnungshof prüfte die Organisation, ausgewählte Inhalte und die Transparenz der Qualitätsarbeit des Bundes für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich und die im übertragenen Wirkungsbereich des Gesundheitsressorts tätige ÖÄK und ÖQMED im Prüfungszeitraum 2013 bis 2016. Der Bericht ‚Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte‘ wurde nach Stellungnahmen und Gegenstellungen im Juli 2018 veröffentlicht. (Rechnungshof 2018) Der RH-Bericht schließt mit 25 adressierten Empfehlungen an o. g. Einrichtungen.
- » Das IHS veröffentlichte ebenfalls im Jahr 2018 einen Bericht zur ‚Qualität in Arztpraxen – Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich‘, welcher die Systeme der Qualitätssicherung in mehreren europäischen Ländern sowie in Österreich näher beleuchtet und aus der Gegenüberstellung des Systeme Empfehlungen für die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich für Österreich ableitet, die allgemein Entscheidungsträger:innen im österreichischen Gesundheitssystem sowie die Ärztekammer adressieren (Czypionka et al. 2018).
- » Die ‚LSE-Studie‘ führt einen Vergleich des österreichischen Systems mit internationalen Erfahrungen durch und verwendet diese Informationen, um eine Reihe von Politikoptionen (Empfehlungen) aufzuzeigen, um die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems zu verbessern. Die Empfehlungen des ‚Efficiency Review of Austria’s Social Insurance and Healthcare System‘ wurden, basierend auf Evidenz aus Diskussionsrunden, internationalen Erfahrungen und den Ergebnissen der Berichtsteile von Teammitgliedern von LSE Health und der internationalen Beratungsgruppe, unter der Prämisse, dass die Empfehlungen pragmatisch sein müssen, formuliert. Sie adressieren Entscheidungsträger:innen im österreichischen Gesundheitssystem sowie die Ärztekammer (LSE Health 2017); (Weißenhofer/Piso 2019).

Die Empfehlungen dieser drei Studien wurden von der GÖG mit dem Ziel der Beantwortung der Fragestellung: *„Welche Empfehlungen zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich werden in den genannten Berichten abgegeben und wie sind diese Berichte im wissenschaftlichen Kontext zu bewerten?“* aufbereitet.

Inhaltlich stellen Weißenhofer/Piso (2019) in ihrem Bericht ‚Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich‘ die Charakteristika und Methoden der Berichte gegenüber und kommen zu dem Schluss, dass die drei analysierten Berichte sich zwar substantiell in ihrer Zielsetzung und der methodischen Herangehensweise

unterscheiden. Trotzdem adressieren die in den drei Berichten ausgesprochenen Empfehlungen häufig gleiche oder ähnliche Aspekte.

Die Empfehlungen der drei o. g. Berichte wurden daher in fünf ‚induktiv‘ gebildeten Handlungsfeldern (HF) geclustert, welche vor der Zielsetzung des GÖG-Berichts *„daher als jene Bereiche betrachtet werden, welche zukünftigen Gesprächen mit den entsprechenden Stakeholdern als Diskussionsgrundlage für abzuleitende Maßnahmen und deren konkrete Umsetzung dienen können“*. (Weißenhofer/Piso 2019), S. 33)

Die fünf Handlungsfelder sind:

- » HF1 – Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen (14 Empfehlungen),
- » HF2 – Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung (7 Empfehlungen),
- » HF3 – Transparenz der Qualitätsarbeit (9 Empfehlungen),
- » HF4 – Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit (4 Empfehlungen) sowie,
- » HF5 – verbindliche Standards (4 Empfehlungen).

Der Bericht fasst zu jedem Handlungsfeld die einzelnen Empfehlungen der Berichte inkl. ihrer Begründung zusammen, synthetisiert die Empfehlungen und zeigt knapp Umsetzungsschritte bzw. Inhalte/Methoden zu jeder zusammengefassten Empfehlung auf. Auch werden die jeweiligen Adressatinnen und Adressaten der Empfehlung und notwendige Mitwirkende genannt. Für jedes Handlungsfeld wird ein ‚Zielzustand‘ im Sinne eines ‚sichtbaren Ergebnisses‘ der Empfehlungen bzw. deren Umsetzung formuliert. Abschließend werden die Arbeiten im jeweiligen Handlungsfeld ausgeführt, welche seit dem Zeitpunkt der Empfehlungen der drei synthetisierten Berichte bereits vorgenommen wurden. (Weißenhofer/Piso 2019)

Der GÖG-Bericht ist den Stakeholderinnen und Stakeholdern in Österreich bekannt und wurde auch in den Arbeitsgruppen der Stakeholder:innen zur Ärztesgesetz-Novelle im Jahr 2021 genutzt. Der Arbeitsauftrag an die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ im Rahmen der Ärztesgesetz-Novelle referenziert auf diese fünf Handlungsfelder. Zur Vermeidung von Doppelungen referenziert vorliegende Arbeit daher auf diesen Bericht.

## 3.2 Methodisches Vorgehen

Vorliegender Bericht verfolgt als Zielsetzungen:

- » Die **Abbildung des aktuellen IST-Stands der Qualitätssicherung und -messung im niedergelassenen Bereich** mit Fokus auf Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen sowie des Umsetzungsstandes der Empfehlungen aus dem GÖG-Bericht und seiner Grundlagen (wie beispielsweise dem RH-Bericht)

Hierzu wurden Desktop-Recherchen durchgeführt und Gespräche mit Expertinnen und Experten aus dem Fachbereich der Qualitätssicherung und -messung geführt.

Darüber hinaus wurden Fragenkataloge entwickelt, um Qualitätsinitiativen der niedergelassenen Ärzteschaft zu erheben. Hierfür wurde die Österreichische Ärztekammer per E-Mail kontaktiert, mit der Bitte um Weiterleitung des Fragenkatalogs an Vertreter:innen der Bundesfachgruppen. Die ÄK retournierte eine einheitlich abgestimmte Rückmeldung sowie die Beantwortung des Fragenkatalogs von insgesamt 16 Bundesfachgruppen. Die Ergebnisse werden tabellarisch im Anhang dargestellt (vgl. Tabelle 7.8) und textlich beschrieben (vgl. Kapitel 2.6).

Ergänzend wurden die Websites der Österreichischen Fachgesellschaften gesichtet, um QS-Initiativen und -Arbeiten zu identifizieren, die die jeweiligen Fachgesellschaften bereits initiieren bzw. umsetzen. Informationen, die im passwortgeschützten Bereich ausschließlich für Mitglieder zur Verfügung stehen, konnten nicht berücksichtigt werden. Jene Fachgesellschaften, die auf ihren Websites konkrete QS-Initiativen der niedergelassenen Ärzteschaft anführen, wurden per E-Mail kontaktiert und um Beantwortung des Fragenkatalogs für Fachgesellschaften gebeten. Zwei Fachgesellschaften retournierten den Fragenkatalog und eine weitere Fachgesellschaft verwies auf die einheitlich abgestimmte Rückmeldung der Ärztekammer. Die QS-Initiativen und -Arbeiten, die auf den Websites der Fachgesellschaften beschrieben sind, sowie die Rückmeldungen zum Fragenkatalog werden tabellarisch (vgl. Tabelle 7.9 und Tabelle 7.10) und deskriptiv zusammengefasst (vgl. Kapitel 2.6).

Die Fragenkataloge für Vertreter:innen der Bundesfachgruppen der ÄK sowie für die Fachgesellschaften, die auf ihren Websites konkrete Qualitätsinitiativen der niedergelassenen Ärzteschaft anführen, finden sich im Anhang (vgl. Anhang 7.7 bzw. 7.8). Ebenso findet sich im Anhang eine Übersicht über jene Fachgesellschaften, die QS-Initiativen und -Arbeiten auf ihrer Website anführen (vgl. Anhang 7.9).

In Kapitel 2 wird der IST-Stand allgemein dargestellt, in den Kapiteln zu den jeweiligen Handlungsfeldern wird auf die Umsetzung der einzelnen Empfehlungen nochmals näher referenziert (vgl. Kapitel 2.4).

- » Die **Erhebung des Entwicklungsbedarfs der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich** in Orientierung an den fünf Handlungsfeldern des GÖG-Berichts sowie möglicher Handlungsoptionen aus Sicht der Stakeholder:innen

Hierzu wurden die in untenstehender Tabelle 3.1 genannten Stakeholder:innen kontaktiert und um Nennung von Vertretungen bzw. Expertinnen und Experten für den Themenbereich ersucht, die für Auskünfte und ein leitfadengestütztes (Gruppen-)Interview zur Verfügung stehen.<sup>6</sup>

---

6

Aus zeitlichen oder anderen Gründen konnten nicht alle Personen an einem (Gruppen-)Interview teilnehmen.

Tabelle 3.1:  
Übersicht nominierte Stakeholdervertretungen und Interviewpartner:innen

Institution	Nominierte Stakeholdervertretungen und Interviewpartner:innen
<b>Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Sektion VII – Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem stell. Abteilungsleitung B/8 Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung (I)</li> <li>» Abteilungsleitung B/6 Strukturpolitische Planung und Dokumentation (I)</li> </ul>
<b>Bundesländer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Landesgesundheitsdirektion Tirol (I)</li> <li>» Gesundheitsfonds Steiermark (I)</li> <li>» Wiener Gesundheitsfonds (I)</li> <li>» Land Vorarlberg</li> </ul>
<b>Sozialversicherung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Dachverband der Sozialversicherungsträger (I)</li> <li>» Österreichische Gesundheitskasse (3 Expertinnen und Experten) (I)</li> <li>» Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)</li> </ul>
<b>Österreichische Ärztekammer (ÖÄK)</b>	Kammeramtsdirektoren – 3 KAD, davon 1 KAD (I)
<b>Patientenanwaltschaft</b>	Patientenanwältin bzw. Patientenanwälte NÖ, V, und W (I)
<b>Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMED)</b>	Geschäftsführer (I)
<b>Wissenschaftlicher Beirat der ÖQMED</b>	Vorsitzende und stellv. Vorsitzender (I)

I = Personen nahmen an einem (Gruppen-)Interview teil; KAD = Kammeramtsdirektor:in

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Basierend auf den Empfehlungen der fünf Handlungsfelder wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der Fragen zu folgenden Themenblöcken umfasst:

- » Aufgaben der Institutionen in der QS und größte Herausforderungen bei deren Wahrnehmung
- » Rahmen für QS in Österreich (Stärken und Schwächen des aktuellen Systems, juristischer Rahmen)
- » HF1 – Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen
- » HF2 – Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung
- » HF3 – Transparenz der Qualitätsarbeit
- » HF4 – Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit
- » HF5 – verbindliche Standards
- » weitere Aspekte zur QS

Der Leitfaden findet sich im Anhang zu diesem Bericht (vgl. Kapitel 7).

Die nominierten Stakeholdervertretungen wurden um schriftliche Rückmeldung zu den Sichtweisen bzw. Positionen ihrer Institutionen zu den synthetisierten Empfehlungen des GÖG-Berichts von Weißenhofer/Piso (2019) ersucht. Diese Sichtweisen bzw. Positionen konnten mit Vertretungen bzw. Expertinnen und Experten aller angefragten Institutionen in (Gruppen-)Interviews vertieft bzw. ergänzt werden. Auch wurden in Sitzungen der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ zur Ärztesetz-Novelle bereits erste Positionen und Sichtweisen der dort beteiligten

Stakeholdervertretungen (Bund, Länder, Sozialversicherung) ausgetauscht, welche als Basis der Interviews herangezogen wurden. Seitens einiger nominierten Expertinnen und Experten – vor allem des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung – wurde explizit darauf hingewiesen, dass es sich nicht bei allen Aussagen bzw. Meldungen um innerhalb der jeweiligen Stakeholdergruppe abgestimmte Positionen bzw. Sichtweisen handle. Im vorliegenden Berichtstext wird daher an einigen Stellen kenntlich gemacht, ob es sich um abgestimmte Positionen eines Stakeholders handelt oder um Meinungen von Expertinnen bzw. Experten eines Stakeholders.

Die Sichtweisen und Positionen wurden entlang der Themenblöcke zusammengefasst und Gemeinsamkeiten und Differenzen in den Sichtweisen und Positionen der Vertretungen bzw. Expertinnen und Experten auf den Entwicklungsbedarf im Bereich der Qualitätssicherung herausgearbeitet. Mögliche Handlungsoptionen aus Sicht der Interviewpartner:innen werden ebenfalls angeführt, so diese genannt wurden.

- » Die Einholung internationaler fachlicher Expertise zum Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich aus Deutschland und der Schweiz; die fachliche Expertise soll eine externe Sichtweise auf das System der QS und allfällige Lernerfahrungen aus anderen Systemen bzw. internationalen Good-Practice-Beispielen ermöglichen. Univ. Prof. Dr. Bernhard Güntert (Vizepräsident der Eidgenössischen Qualitätskommission, Schweiz), Dr. med. Christof Veit (Leiter des BQS – Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, Deutschland) und Hon.-Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz (vormaliger Präsident der Berliner Ärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (zuständig für den Bereich Qualitätssicherung in der Medizin) haben hier Stellungnahmen und Input gegeben.
- » Die Darstellung vertiefender Informationen bzw. internationaler Beispiele zu jenen Maßnahmen der Qualitätsarbeit, die sich in den Erhebungen bei Stakeholderinnen und Stakeholdern als prioritär erwiesen.

#### **Hierzu wurden Desktop-Recherchen durchgeführt.**

Zu den Nicht-Zielen des vorliegenden Berichts zählt die Durchführung einer Wirkungsevaluation der QS im niedergelassenen Bereich. Abgegrenzt wurde der inhaltlich Auftrag des BMSGPK an die GÖG auch dahingehend, dass der Bericht Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der angestellten ärztlichen Berufsangehörigen nicht erfasst.

Auch werden, wie eingangs erwähnt, das breite Feld der sektorenübergreifenden Qualitätsarbeit, die Beachtung und Einbeziehung der Patientensichtweisen und von Patientensicherheitsaspekten, die Qualitätsprozesse an den Übergängen der einzelnen Sektoren oder Qualitätsaspekte einer multiprofessionellen und integrierten Versorgung in diesem Bericht – entsprechend dem Auftrag – nicht näher bearbeitet.

## 4 Erhebungen bei Stakeholdervertretungen

Im Februar 2022 wurden insgesamt sieben (Gruppen-)Interviews mit Vertretungen bzw. Expertinnen und Experten der in Tabelle 3.1 angeführten Institutionen geführt. Die Gespräche orientierten sich an dem Interviewleitfaden (vgl. Kapitel 7.10), wobei die Schwerpunkte des Gesprächs jeweils entsprechend der Aufgaben der Institutionen gesetzt wurden. Im Vorfeld der Interviews wurde um schriftliche Rückmeldung zu den synthetisierten Empfehlungen des GÖG-Berichts von Weißenhofer/Piso (2019) ersucht, um gezielt Sichtweisen und Positionen vertiefen zu können. Die Interviews dauerten zwischen 90 und 135 Minuten und wurden von der GÖG protokolliert. Im Anschluss wurden die Protokolle den Gesprächspartnerinnen und -partnern zur Durchsicht und Freigabe übermittelt.

Die nominierten Vertretungen bzw. Expertinnen und Experten der Stakeholder:innen umfassten Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund, denen langjährige Erfahrung im Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich gemeinsam war. Ein großer Teil der Vertretungen bzw. Expertinnen und Experten sind bzw. waren Mitglied in einem der Beiräte der ÖQMED (Wissenschaftlicher Beirat bzw. Evaluierungsbeiräte). Weiters sind die Personen zum Teil Mitglied in der Fachgruppe Versorgungsprozesse (FG VP) der Zielsteuerung-Gesundheit oder sind bzw. waren in Projektarbeiten, die in den Wirkungsbereich der FG VP fallen, involviert. Nur einzelne Personen sind bzw. waren als niedergelassene Ärztin bzw. niedergelassener Arzt tätig und kennen Qualitätsarbeiten aus dieser Position.

### 4.1 Herausforderungen und bestehende Potenziale der Qualitätsarbeit

Eingangs wurden die Vertretungen bzw. Expertinnen und Experten der Stakeholder:innen zu den größten Herausforderungen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich und zu Stärken des aktuellen Systems befragt.

Je nach Zuständigkeit der Institutionen unterschieden sich die genannten Herausforderungen der Expertinnen und Experten, so bezogen sich die Nennungen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung, aber auch der ÖÄK überwiegend auf die **Systemebene**, jene der Vertretung der ÖQMED und ihres Wissenschaftlichen Beirats sowie der Patientenanwaltschaft mehrheitlich auf die **konkrete Umsetzung der Evaluation** im niedergelassenen ärztlichen Bereich, die Evaluationskriterien und den Evaluationsprozess.

Hinsichtlich des aktuellen Evaluierungsverfahrens wurde von allen Stakeholderinnen und Stakeholdern betont, dass die konkrete Umsetzung des aktuellen Verfahrens durch die ÖQMED aktuell sehr gut funktioniere und dass die jahrelangen Erfahrungen der ÖQMED eine Stärke im momentanen System darstellen. Betont wurde in diesem Zusammenhang auch mehrfach, dass das aktuelle Verfahren von der Ärzteschaft gut angenommen und akzeptiert würde. Mittlerweile würden

Ärztinnen und Ärzte von sich aus die ÖQMED z. B. bei Neugründung einer Ordination kontaktieren. Die ÖQMED erfülle nicht nur den gesetzlichen Auftrag im Rahmen der Überprüfungen, sondern biete auch Angebote zur Verbesserung der Qualitätsarbeit in Arztpraxen (z. B. freies QM-System, CIRSmedical).

Auch wurde die aktuelle Arbeit der letzten Monate im Wissenschaftlichen Beirat von mehreren Seiten positiv erwähnt. Die ÖQMED sah die Herausforderungen u. a. in der **Transformation der gesetzlichen Regelungen in relevante Kriterien** für die Praxis der Qualitätssicherung und in der **Organisation des Evaluationsprozesses unter den gegebenen finanziellen Ressourcen**. Hier seien Abwägungen vorzunehmen. Die Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats sahen als Herausforderung die **Identifikation relevanter Kriterien** für die Weiterentwicklung des QS-Prozesses und die Planung eines effizienten QS-Prozesses bei limitierten Ressourcen. Zusätzlich wurden hier noch der **Prozess der Konsensfindung** im wissenschaftlichen Gremium, die Übergabe der Empfehlungen an die beratenden Gremien (ÖÄK und ÖQMED) sowie die **weitere Abstimmung der QS-VO**, bis diese zur Anwendung käme, genannt.

Auch wenn die konkrete Umsetzung des Verfahrens durch die ÖQMED positiv hervorgehoben wurde, wurde von mehreren Seiten Kritik an den Inhalten der aktuellen QS-VO dahingehend geübt, dass sich diese aktuell auf Struktur- und ausgewählte Prozessqualität beziehe. Eine Weiterentwicklung in Richtung **Erfassung der Ergebnisqualität** fordert beispielsweise die Patientenanwaltschaft (PA), die aber weitere Herausforderungen im aktuellen Evaluationsprozess der ÖQMED sieht. So formulierten die Vertretungen der PA als herausfordernd für ihre Arbeit, dass aufgrund der durch den Datenschutz **eingeschränkten Möglichkeit der Einschau in die Dokumentation** nur einzelne konkrete Beschwerdefälle begleitet werden könnten. Hier wäre eine stichprobenartige Einsicht in die anonymisierte Patientendokumentation hilfreich. Käme es zu einem Disziplinarverfahren, so würde dessen **Ergebnis nicht transparent** kommuniziert. Auch wäre unklar, welche **Konsequenzen wiederholte Qualitätsverfehlungen** hätten. Nur Streichungen von der Ärzteliste wären ein nach außen hin sichtbares Ergebnis.

Die ‚**mangelnde Initiative**‘ der im **Bereich der Qualitätssicherung agierenden Stakeholder:innen** wurde von verschiedenen Expertinnen und Experten als Herausforderung gesehen, wobei sich dies zum einen auf die Landesvertretung der Ärzteschaft bezog (z. B. hinsichtlich der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und einer aktiven Rolle in der generellen Motivation der Ärzteschaft zu Qualitätsarbeit bzw. an einem konkreten Beispiel der Motivation der Ärzteschaft im Prozess der Umsetzung der Qualitätszirkel A-OQI), aber auch den Bund allgemein adressierte. Auch wurde generell eine **fehlende Qualitätskultur in der Ärzteschaft** als Herausforderung von mehreren Expertinnen und Experten geortet, wobei hier festgehalten wurde, dass ein Wandel stattfindet und gerade junge Ärztinnen und Ärzte Qualitätsinitiativen offen gegenüberstünden. Seitens der Vertretung der ÖÄK wurde als Herausforderung gesehen, ein **Verständnis für die Aufnahme von Qualitätsarbeit bei Ärzteschaft und Patientinnen und Patienten** zu haben und für einen guten Behandlungsprozess **notwendige Anforderungen in Regulatorien** zu übersetzen. Auch wurden Versuche der **politischen Einflussnahme** auf die Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich als Herausforderung gesehen.

Hinsichtlich der Herausforderungen auf Systemebene wurde (von den Expertinnen des Bundes und von Expertinnen und Experten der Sozialversicherung) das **Fehlen einer Gesamtstrategie für die Qualitätssicherung** bemängelt. In diesem Zusammenhang wurde betont, dass eine bessere Verbindung der Arbeiten des Wissenschaftlichen Beirats zur Zielsteuerung-Gesundheit notwendig sei, da der Informationsfluss sehr lückenhaft sei und die Verknüpfung derzeit nicht gut funktioniere. Zwar gebe es gute Einzelinitiativen im Bereich der Qualitätssicherung, die übergeordnete Strategie fehle jedoch. Hier wurde auch ein **Ressourcenproblem** geortet, Qualitätsarbeit benötige zeitliche und fachliche Ressourcen. Als weitere wesentliche Herausforderung wurde von mehreren Seiten das **Fehlen von Datengrundlagen** und hier v. a. der **Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich** genannt, die Voraussetzung für weiterführende Arbeiten im Bereich der Ergebnisqualität und auch für konkrete Arbeiten zur Umsetzung der Gesundheitsqualitätsstrategie wäre. Seitens einer Expertin des BMSGPK wurden **fehlende Durchgriffsmöglichkeiten** aufgrund der Kompetenzverteilungen und rechtlichen Rahmenbedingungen als herausfordernd für die Umsetzung der Qualitätsarbeit (auch im Vergleich zum stationären Bereich) gesehen.

## 4.2 Ergebnisse zum aktuellen Stand und Handlungsbedarf aus Sicht der Stakeholder:innen

### 4.2.1 HF1 – Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen

#### 4.2.1.1 Empfehlungen aus dem Vergleich aktueller Studien zur Qualitätssicherung

Im Handlungsfeld **Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in den Arztpraxen** werden **Empfehlungen der drei Berichte** zu folgenden Themenblöcken geclustert:

- » unabhängige Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich (HF1/1)
- » Verbesserung des derzeitigen (Selbst- und Fremd-)Evaluierungsverfahrens für die Arztpraxen (HF1/2)
- » Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen (HF1/3)
- » verpflichtendes Qualitätsmanagement in Arztpraxen (HF1/4)
- » Voraussetzungen für eine tagesaktuelle elektronische Ärzte- und Ordinationsliste (HF1/5)
- » rechtzeitiges Erlassen von Qualitätssicherungsverordnungen (HF1/6)<sup>7</sup>

---

7

Gemäß § 118c Abs. 3 ÄrzteG 1998 wurde die Geltungsdauer der QS-VO auf fünf Jahre angepasst. Diese Empfehlung wurde in den Interviews daher nicht weiter adressiert.

Die Adressaten für die Empfehlungen – bzw. jene Stellen, die an der Umsetzung mitwirken müssten – sind das BMSGPK (ehemaliges BMASGK), die ÖÄK und die ÖQMED als jene Institutionen, die Verantwortung für die Umsetzung der Empfehlungen tragen.

Als sichtbares Ergebnis der Umsetzung sollen neben der adaptierten institutionellen Verankerung der Qualitätssicherung auch angepasste rechtliche Grundlagen sowie adaptierte Evaluierungsfragebögen und Qualitätsberichte vorliegen (Weißenhofer/Piso 2019).

## 4.2.1.2 IST-Stand und aktuelle Arbeiten im Handlungsfeld

### Unabhängige Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich (HF1 /1)

Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, ist im Ärztegesetz 1998 geregelt, dass die ÖÄK die ÖQMED einrichtet und auch für die Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich Sorge zu tragen hat. Die Kosten für die Qualitätssicherung in ärztlichen Ordinationen gemäß QS-VO werden damit von der Österreichischen Ärztekammer getragen (vgl. dazu Kapitel 2.2.2).

Zusätzlich zu den gemäß GmbH-Gesetz verpflichtenden Organen ist die ÖQMED verpflichtet, einen Wissenschaftlichen Beirat und einen Evaluierungsbeirat einzurichten.

Der Wissenschaftliche Beirat ist beauftragt, Empfehlungen für die Erbringung ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich (inkl. Gruppenpraxen) und für selbstständige Ambulatorien (inkl. jener der sozialen Krankenversicherung) abzugeben. Konkret geht es hierbei um die Gestaltung der in der QS-VO festgelegten Qualitätskriterien und den Prozess der Qualitätsevaluierung und Qualitätskontrolle. Außerdem erstellt der Wissenschaftliche Beirat Empfehlungen für die QS-VO (§ 118b)<sup>8</sup> (vgl. dazu auch Kapitel 2.3.3).

Der Evaluierungsbeirat ist beauftragt, auf Grundlage der QS-VO die ÖQMED bei der Planung, Durchführung und Umsetzung der Evaluierung und Kontrolle sowie im Bedarfsfall auch bei der Beurteilung individueller Evaluierungsergebnisse zu unterstützen. Zu den weiteren Aufgaben und zur Zusammensetzung dieser Beiräte vgl. Kapitel 2.3.2.

Als Begründung für die Empfehlung der **unabhängigen Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich** halten Weißenhofer/Piso (2019) (aus den drei zugrunde liegenden Berichten) zusammenfassend fest, dass es der ÖQMED an Unabhängigkeit von der Ärztekammer fehle – Ziel- und Interessenkonflikte seien möglich, da die ÖQMED finanziell und organisatorisch mit der ÄK verknüpft ist. Hauptaufgabe der ÄK sei die Interessenvertretung der Ärztinnen und Ärzte, die Standesinteressenvertretung ist derzeit nicht klar von der im öffentlichen

---

8

Ärztegesetz 1998 <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>

Interesse wahrzunehmenden Qualitätssicherung getrennt. Der RH empfiehlt deshalb: *„Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitäts-sicherungseinrichtung wären zu entwickeln“* (Rechnungshof 24) Im RH-Bericht wird dazu festgehalten, dass es im Interesse einer finanziellen Unabhängigkeit der ÖQMED zweckmäßig wäre, die Einhebung eines Beitrags zur Kostendeckung von den am Verfahren Beteiligten (insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, Sozialversicherungsträgern) zu ermöglichen. Zur Vermeidung von Interessenkonflikten war es nach Ansicht des RH ebenso zweckmäßig, eine organisatorische Unabhängigkeit vorzusehen.

Es kann festgehalten werden, dass der Zielzustand entsprechend den Empfehlungen des RH bzw. dem zusammenfassenden Bericht von Weißenhofer/Piso (2019) bisher nicht erreicht wurde, die Empfehlungen sind weiterhin aktuell.

### **Verbesserung des derzeitigen (Selbst- und Fremd-)Evaluierungsverfahrens für die Arztpraxen (HF1/2)**

Wie in Kapitel 2.3.3 ausgeführt, wird die Qualitätsevaluierung im Wege einer Selbstevaluierung durch die Ordinationen und Gruppenpraxen umgesetzt und von der ÖQMED administriert. Hierfür stellt die ÖQMED den Ärztinnen und Ärzten sowie Gruppenpraxen fachspezifische Evaluierungsbögen zur Verfügung, die entweder online oder auf Papier ausgefüllt und innerhalb einer Frist von vier Wochen an die ÖQMED retourniert werden. Innerhalb eines Fünfjahreszeitraums werden die Ordinationen anhand ihrer Bundeslandzuordnung so evaluiert. Nach Einlagen der Selbstevaluierung prüft die ÖQMED die Antworten auf Plausibilität und zieht eine Stichprobe aus den teilgenommenen Ordinationen für die Validitätsprüfungen vor Ort. Falls von einer Ärztin bzw. einem Arzt ein Mangel erkannt wird, muss dieser innerhalb einer Frist behoben werden. Der RH kritisierte 2018, dass im Evaluierungszyklus 2012–2016 *„Ärztinnen und Ärzte durch Verweigerung der Teilnahme am Evaluierungsverfahren die gesetzlich vorgesehene Qualitätssicherung zumindest verzögern und damit das Ziel der Qualitätssicherungsverordnung konterkarieren konnten. Zwar wurden dafür in den meisten Fällen Geldstrafen verhängt, diese waren jedoch geringer als jene für andere Verfehlungen im Zusammenhang mit der Evaluierung. Aus Sicht des RH war die Verhältnismäßigkeit somit nicht gegeben. Er hielt vor diesem Hintergrund fest, dass laut der Österreichischen Ärztekammer eine fortwährende Verweigerung der Teilnahme am Evaluierungsverfahren sogar zum Wegfall der gemäß Ärztegesetz zur Berufsausübung erforderlichen Vertrauenswürdigkeit und damit zu einer Streichung aus der Ärzteliste führen würde. Im Interesse der Patientinnen und Patienten wäre künftig eine lückenlose Evaluierung sicherzustellen.“* (RH 19) (Rechnungshof 2018)

Dies wurde bereits im Rechnungshofbericht via Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer kommentiert, so sei eine lückenlose Evaluierung mittlerweile durch die neue Bestimmung des § 42 (3) QS-VO 2018 gewährleistet. Gemäß dieser Bestimmung hat die ÖQMED das Qualitätssicherungsverfahren nach Wegfall des Unterbrechungsgrundes (Disziplinaranzeige, Anzeige an die Bezirksverwaltungsbehörde oder Mitteilung über den Verfahrensstand an die Österreichische Ärztekammer) unverzüglich fortzusetzen.

Der RH stellte in seinem Bericht zudem 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.*“ *Deshalb empfahl er: „Die Antwortmöglichkeiten in den Fragebögen zur Selbstevaluierung wären neutraler zu gestalten. (RH 20)“* (Rechnungshof 2018) Dies wurde bereits im Rechnungshofbericht via Stellungnahme der ÖQMED so kommentiert, dass sich diese Empfehlung bereits in Umsetzung befinde. Der aktuelle Fragebogen zur Selbstevaluierung enthält keine farbliche Gestaltung mehr und wurde auch inhaltlich weiterentwickelt (vgl. auch nächster Absatz zur Hygieneverordnung).

Der RH hielt es im Evaluierungszyklus 2012–2016 für unzumutbar, 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, deshalb empfahl der RH 2018: „Die Einhaltung der Hygieneverordnung wäre anhand konkreter Anforderungen an die Ordinationsstätten zu überprüfen; zu diesem Zweck wären ausgewählte und für die jeweilige Fachrichtung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte maßgebliche Vorgaben der Hygieneverordnung in die Fragebögen zur Selbstevaluierung aufzunehmen (RH 21).“ (Rechnungshof 2018)

Der Fragebogen zur Selbstevaluierung wurde umfänglich um spezifische Fragen zu Vorgaben der Hygieneverordnung erweitert, z. B. enthält er für den Fachbereich Allgemeinmedizin 13 spezifische Fragen (ÖQMED Hygiene-V 2014). Zudem werden Ärztinnen und Ärzten über die Website der ÖQMED Informationen zur Hygiene und diverse diesbezügliche Vorlagen, wie z. B. ein Hygieneplan, zur Verfügung gestellt.

Zum IST-Stand ist festzuhalten, dass die drei Empfehlungen des RH im Rahmen der QS-VO 2018 und des Fragebogens zur Selbstevaluierung berücksichtigt wurden.

### **Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen (HF1/3)**

Begründet wurde die Empfehlung des Rechnungshofes (RH 25) mit der deutlichen Abweichung zwischen identifizierten Mängeln nach Selbstevaluierung (3 %) und Mängeln nach Validitätsprüfung (18 %) im Prüfungszyklus 2012–2016 und damit, dass aus Sicht der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes die Wahrscheinlichkeit, einer Validitätsprüfung unterzogen zu werden, gering sei. Im Zyklus 2012–2016 lag die Mindeststichprobengröße bei rd. 6,7 Prozent. Das Ministerium hielt in seiner Stellungnahme im Rahmen der Rechnungshofprüfung fest, dass die Bundesministerin aufgrund der neuen Qualitätssicherungsverordnung 2018 nunmehr die Möglichkeit habe, die Stichprobengröße für einen bestimmten Evaluierungszyklus zu erhöhen. Die QS-VO regelt dies in § 32 (2) folgendermaßen: „*Die Österreichische Ärztekammer hat aufgrund einer entsprechenden Empfehlung der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit und Frauen eine höhere Stichprobengröße zu bestimmen. Diese gilt für einen gesamten Evaluierungszyklus.*“

Ab dem Jahr 2018 wurde die Stichprobengröße auf insgesamt neun Prozent im Jahr 2021 angehoben.

Im Zusammenhang mit den Validitätsprüfungen empfahl der Rechnungshof, zur Sicherstellung der geforderten Qualität und im Sinne eines Beratungsansatzes auch bei Ordinationsneugründungen eine Validitätsprüfung verbindlich vorzuschreiben (Rechnungshof 2018).

Zum IST-Stand ist festzuhalten, dass mit der Umsetzung (schrittweises Erhöhen der Stichprobengröße) im Jahr 2018 begonnen wurde.

#### **Verpflichtendes Qualitätsmanagement in Arztpraxen (HF1 /4)**

Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, stehen den Ordinationen Qualitätsmanagementsysteme zur Verfügung, die sie dabei unterstützen sollen, ihre Qualität kontinuierlich zu verbessern. Die Anwendung solcher Systeme ist **nicht verpflichtend** (auch im Rahmen der QS-VO sind diese als freiwilliges Evaluierungskriterium vorgesehen), ein System speziell für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wird von der ÖQMED unter dem Namen ÖQM angeboten.

Im Rahmen des Zielsteuerungsvertrags ist die Maßnahme „Qualitätsberichterstattung und Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement“ definiert. Diese soll in Form der regelmäßiger Publikation eines Qualitätsberichts zum ambulanten und stationären Bereich umgesetzt werden. (Zielsteuerung-Gesundheit 2017) Die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement aus dem Jahr 2014 sind im Anhang unter 7.11 dargestellt.

Zum IST-Stand kann festgehalten werden, dass der Zielzustand entsprechend den Empfehlungen des RH bzw. dem zusammenfassenden Bericht von Weißenhofer/Piso (2019) bisher nicht erreicht wurde, die Empfehlungen sind weiterhin aktuell.

#### **Voraussetzungen für eine tagesaktuelle elektronische Ärzte- und Ordinationsliste (HF1 /5)**

Die ÖQMED führt über die Selbstevaluierungsbögen und die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle ein Qualitätsregister. Darin werden 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 werden. Die Landesärztekammern meldeten bzw. aktualisierten diese Daten.

Laut Rechnungshofbericht meldeten bzw. aktualisierten die Landesärztekammern diese Daten auf verschiedene Art und Weise: In einigen Bundesländern würden diese in einem 15-Minuten-Intervall automatisch aktualisiert, andere übermittelten die Daten wöchentlich oder monatlich als PDF-Dateien, sodass diese von der Österreichischen Ärztekammer manuell eingearbeitet werden mussten. Aufgrund dieser uneinheitlichen Vorgehensweise sei das Qualitätsregister nicht für alle Bundesländer durchgehend aktuell gewesen. (Rechnungshof 2018, S. 42) Zum Zeitpunkt der Berichtslegung des RH-Berichts arbeitete die ÖÄK an einem IT-Projekt, um eine tagesaktuelle elektronische Verfügbarkeit der zur Führung der Ärzteliste notwendigen Daten sicherzustellen. Der RH

empfahl vor diesem Hintergrund, „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 (RH 16)“ (Rechnungshof 2018)

Der RH stellte in diesem Zusammenhang 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“ (RH 17) (Rechnungshof 2018).

Bis dato wurde die Ordinationsnummer nicht in der Ärzteliste ergänzt (ÖÄK 2022)

Zum IST-Stand kann festgehalten werden, dass der Zielzustand entsprechend den Empfehlungen des RH bzw. dem zusammenfassenden Bericht von Weißenhofer/Piso (2019) bisher zumindest nicht vollständig erreicht wurde, die Empfehlungen sind weiterhin aktuell.

#### 4.2.1.3 Positionen und Sichtweisen der Expertinnen und Experten/Stakeholdervertretungen

##### **Unabhängige Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich (HF1/1)**

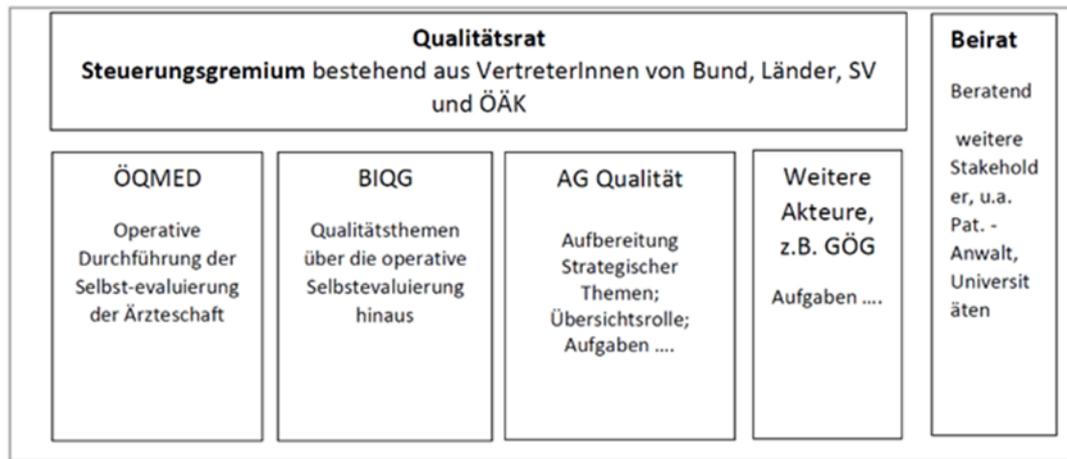
Bezüglich der Frage einer unabhängigen Neuausrichtung der Qualitätssicherung (Governance) im niedergelassenen ärztlichen Bereich gibt es unterschiedliche Zugänge unter den befragten Expertinnen und Experten und Stakeholderinnen und Stakeholdern. Einigkeit besteht jedoch darüber, dass die ÖQMED auf jeden Fall als Einrichtung im operativen Bereich bestehen bleiben sollte – da hier bereits sehr viel an Erfahrungsschatz vorliege.

Im Wesentlichen wurden drei Optionen hinsichtlich der Governance von den Expertinnen und Experten der Stakeholder:innen formuliert:

- » Option 1: Neuer gemeinsamer Rechtsträger  
Ein Teil der Expertinnen und Experten (Vertreter:innen der Sozialversicherung, der Länder und der Patientenanwaltschaft) stellte die alleinige Rechtsträgerschaft durch die ÖÄK infrage und formulierte als Alternative eine Rechtsträgerschaft zusätzlich zur ÖÄK erweitert um den Bund, die Länder und den Dachverband der SV-Träger. Dies könne in Form eines Stakeholder-übergreifenden Qualitätsrats aus Bund, Ländern, SV und ÖÄK umgesetzt werden, der als Steuerungsgremium der zukünftigen Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich fungiert. Dieser Vorschlag entspricht einer vonseiten der Sozialversicherung (auf Expertenebene) eingebrachten schriftlichen Diskussionsgrundlage für die Sitzungen der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ zur Ärztesgesetz-Novelle. Im Vorfeld der Interviews wurde vonseiten der Expertinnen und Experten der SV schriftlich rückgemeldet, dass diese Unterlagen dem

aktuellen Stand auf Ebene der Fachexpertinnen und Fachexperten entsprechen. Die Unterlagen enthalten eine Abbildung zum Vorschlag der künftigen Governance (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:  
Diskussionsgrundlage zur künftigen Governance



Quelle: Die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich, Diskussionsgrundlage SV vom 25. 8. 2021

Die wichtigsten Aufgaben des Qualitätsrats umfassen nach diesem Vorschlag die gemeinschaftliche umfassende Steuerung der Qualitätsarbeiten, das Treffen von Entscheidungen bezüglich Vision und Strategie und die Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren (im Rahmen der Kompetenzverteilung) sowie die Abnahme der Kernergebnisse. Auch solle eine zukünftige Qualitätssicherungsverordnung von diesem gemeinsamen Gremium abgenommen werden. Die Beauftragung und Berichterstattung des Qualitätsrats könne über die Zielsteuerung-Gesundheit (B-ZK oder StKA) erfolgen. Der Wissenschaftliche Beirat könne nach diesem Vorschlag in einer ähnlichen Zusammensetzung als Beirat des Qualitätsrats weiterhin bestehen bleiben. Verordnungen, wie die QS-VO, würden darauf aufbauend dann durch das Bundesministerium erfolgen. Die ÖQMED würde – entsprechend diesem Vorschlag – anhand der Vorgaben des Qualitätsrats weiterhin die operative Selbstevaluierung der Arztpraxen durchführen. Dem BIQG würden hier – über die Selbstevaluierung hinausgehend – weitere inhaltliche Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung zukommen.

- » Option 2: Vernetzung  
Von mehreren Expertinnen und Experten wurde Bedarf an einer stärkeren Vernetzung der Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung gesehen. So sollten laut den Expertinnen des BMSGPK übergeordnete Themen der QS in Gremien der ZS-G (Fachgruppe Versorgungsprozesse), erweitert um das Thema der Finanzierung, bearbeitet werden. Diese Aktivitäten sollten mit jenen des Wissenschaftlichen Beirats vernetzt werden. Es könne auch angedacht werden, dass Personen aus der FG Versorgungsprozesse im Wissenschaftlichen Beirat vertreten sind.
- » Option 3: Beibehaltung aktuelle Organisationsform  
Andere Expertinnen und Experten und Stakeholder:innen (Vertreter:innen der ÖÄK, der ÖQMED und des Wissenschaftlichen Beirats) betonen, dass das momentane System sich in seiner Form bewährt habe. Es gebe keine großen Kritikpunkte und somit keine inhaltlichen Gründe für eine Veränderung. Durch den Wissenschaftlichen Beirat, in dem 13 Organisatio-

nen vertreten sind, sei ohnehin eine Unabhängigkeit der QS gegeben. In diesem Gremium würde breit diskutiert und es bestünde keine Abhängigkeit von einer einzelnen Organisation mit Ausnahme des Ministeriums, welches die Letztentscheidung bzgl. QS-VO treffe. So würde die (im Wissenschaftlichen Beirat) inhaltlich abgestimmte QS-VO an die ÖÄK übermittelt, welche für die Abstimmung mit Bund und Ländern (Landeshauptleuten) zuständig sei. Letztendlich stimme die Vollversammlung der Ärztinnen und Ärzte über die QS-VO ab. Wenn diese der QS-VO nicht zustimme, könne der Bundesminister die VO dennoch erlassen.

Vonseiten des Vertreters der ÖÄK wird in diesem Zusammenhang betont, dass durch ihre Eigentümerschaft an der ÖQMED eine hohe Akzeptanz der Qualitätsevaluierung bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erreicht werden konnte. Die Ansiedelung bei anderen Institutionen oder Einrichtungen würde zu einem massiven Akzeptanzverlust bei Ärztinnen und Ärzten führen.

Ein Experte sieht den Bedarf für ein Gremium der Entwicklung und Koordination von Qualitätsvorgaben viel mehr im Bereich aller anderen Gesundheitsleistungserbringer:innen. Es wäre wichtig, Vertreter:innen anderer Gesundheitsdienstleistungserbringer:innen in den Prozess eines Qualitätssicherungssystems im extramuralen Bereich miteinzubeziehen, da es für diese derzeit überhaupt keine diesbezüglichen Strukturen gebe.

Von einigen Expertinnen und Experten wurde betont, dass die Neuausrichtung weniger relevant sei als die inhaltliche Weiterentwicklung. Es müssten Überlegungen angestellt werden, welche Veränderungen auf der aktuellen Basis möglich seien und welche Aspekte noch fehlten. Auf der sachlichen Ebene wäre viel herauszuholen.

Bezüglich der momentanen Rolle des Wissenschaftlichen Beirats betonten einige der befragten Expertinnen und Experten, dass dieser in den vergangenen Jahren seine Möglichkeiten nicht gänzlich ausgeschöpft hätte, auch hätten einige Vertreter:innen im Wissenschaftlichen Beirat ihre Möglichkeit, sich einzubringen, bisher wenig genutzt. Im Rahmen der Erstellung der neuen QS-VO haben allerdings einige Expertinnen und Experten eine deutlich aktivere Rolle des Wissenschaftlichen Beirats wahrgenommen. Die Gesetzesnovelle hat aus Sicht einiger Expertinnen und Experten die Wertigkeit des Themas und das Bewusstsein dafür in den einzelnen Organisationen angehoben und damit den Austausch befördert. Alle Befragten geben an, dass sie die Entwicklung der aktiveren Rolle des Wissenschaftlichen Beirats und seiner Mitglieder begrüßen würden – vereinzelt wurden Bedenken dahingehend geäußert, dass diese Entwicklung nachlassen würde, wenn der ‚externe Druck‘ nicht mehr gegeben sei. Andere denken nicht, dass es zu einer Verminderung der Aktivität kommen wird, da grundsätzlich der Fokus auf das Thema zugenommen habe.

Die Vertreter:innen des Wissenschaftlichen Beirats erläutern, dass sich dieser neben der inhaltlichen Vorbereitung und Abstimmung der QS-VO mit den Berichten der ÖQMED (z. B. festgestellte Mängel, Erhebungen) beschäftigt, anhand derer Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats gegeben werden können. Dies ermögliche einen großen Gestaltungsspielraum. Jedes Jahr würden außerdem einzelne zusätzliche Themen zur breiten Diskussion ausgewählt.

Zum Prozess der Erstellung der QS-VO werden eingangs Vorschläge der einzelnen Mitglieder eingeholt, von der ÖQMED als Synopse aufgearbeitet und anschließend im Detail im Wissenschaftlichen Beirat diskutiert und abgestimmt.

Von einigen Expertinnen und Experten wurde der Vorschlag geäußert, ein stärkeres Gleichgewicht der verschiedenen Stakeholder-Bereiche herzustellen, da es momentan einen „Überhang der Ärzteschaft“ gebe.

Befragt nach der Finanzierung der Qualitätssicherung beschreibt der Vertreter der ÖQMED, dass – abhängig von der Evaluierungswelle (Anzahl der Evaluierungen nach Bundesland unterschiedlich) – das Budget der ÖQMED bei 1,2 bis 1,5 Millionen Euro pro Geschäftsjahr liegt. Aufgrund der zukünftigen Entwicklungen (Anhebung der Anzahl der Validitätsprüfungen) wird es künftig auf über 1,5 Millionen Euro anwachsen.

Der Vertreter der ÖÄK betont, dass die Finanzierung durch die Ärzteschaft nur dann weiterhin erfolgen könne, wenn der Ärzteschaft auch im Wege der ÖÄK eine maßgebliche Mitwirkung in der ÖQMED eingeräumt werde. Sollte eine Ansiedelung der Qualitätssicherung bei einem Dritten erfolgen, lehnt die Ärztekammer jegliche (Mit-)Finanzierung strikt ab. In diesem Fall müsse der Bund die Finanzierung übernehmen. Auch andere Expertinnen und Experten betonten, dass – sollte es zu einer Ausgliederung der ÖQMED kommen – die Finanzierung neu diskutiert werden müsse, wobei der Fokus auf der Schaffung einer unabhängigen Governance-Struktur und nicht auf der Ausgliederung der ÖQMED aus der ÖÄK liege.

Aus Sicht der Patientenanwaltschaft sei in jedem Fall eine erhebliche Kostenbeteiligung der Geprüften wichtig. Es sei eine Frage der Auffassung, wie Qualitätssicherung empfunden wird, wer die Kosten trägt. Aus ihrer Sicht solle die ÖÄK jedenfalls weiterhin einen Kostenbeitrag leisten, wobei sie grundsätzlich eine geteilte Finanzierung befürwortet, da Geldgeber:innen Einfluss nehmen können.

### **Verbesserung des derzeitigen (Selbst- und Fremd-)Evaluierungsverfahrens für die Arztpraxen (HF1/2)**

Die Stakeholder:innen und Expertinnen und Experten wurden nach ihrer allgemeinen Beurteilung des aktuellen Verfahrens der Qualitätsevaluierung in niedergelassenen Praxen befragt.

Mehrere Expertinnen und Experten betonen diesbezüglich, dass Selbstevaluierung weiterhin Teil des Konzepts sein solle, aber „ein Blick von außen auf das System“ in Form von internen oder externen Audits (je nach Größe der Ordination) wichtig sei, da aus ihrer Sicht der primäre Sinn der Qualitätssicherung die Qualitätsverbesserung und nicht „die Aufdeckung von Fehlern“ sei. In diesem Zusammenhang solle ein umfassendes Assessment der Arztpraxen eingeführt werden, welches über derzeitige Arbeiten der ÖQMED mit Fokus auf Selbstevaluierung, Struktur- und Prozessqualität hinausgehe und auch ein Fremddassessment enthalte. Eine weitere Expertin bemängelt, dass es sich um „punktueller Erhebungen mit falschem Fokus“ handle statt um einen kontinuierlichen Lernprozess. Auch eine stärkere Verschränkung mit den Landessanitätsbehörden (z. B. bei Begehungen aufgrund von Mängeln) sehen einige Expertinnen und Experten als sinnvoll an.

Der Fünfjahreszyklus wurde von manchen Stakeholderinnen und Stakeholdern sowie Expertinnen und Experten kritisiert. Dem wurde allerdings die Ressourcenknappheit, die teilweise im Bereich des Personals schon derzeit besteht, entgegengestellt. Als Möglichkeit, dem Problemfeld, genügend Qualitätssicherungsbeauftragte zu finden, entgegenzuwirken, schlugen einige Expertinnen und Experten vor, andere Berufsgruppen in den Prozess miteinzubeziehen.

Hinsichtlich Anpassungsmöglichkeiten der bestehenden Kriterien der Evaluierung betont ein Teil der Befragten die Wichtigkeit der laufenden Kontrolle, Evaluierung und Anpassung der einzelnen Kriterien. Eine solche regelmäßige systematische Überarbeitung erfolgt nach Angabe einiger Expertinnen und Experten sowie Stakeholder:innen bereits über die Befristung der QS-VO. Bei jeder Überarbeitung gelte es aber auch, auf die Vergleichbarkeit über die Jahre zu achten und jedes Kriterium hinsichtlich der damit erzielten Qualitätsverbesserung und Finanzierbarkeit zu überprüfen. In der rezent abgegebenen Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats zur QS-VO wurden die Kriterien laut ÖQMED in einer Art verändert, welche eine Vergleichbarkeit ermögliche. Ein Experte beschreibt, dass im Rahmen der letzten Überarbeitung große Fortschritte diesbezüglich erreicht wurden.

Als mögliche weitere Fokusbereiche nennt eine Expertin u. a. Prozessqualität, Fehlermanagement, Teamentwicklung und Patientenbeteiligung. Andere Expertinnen und Experten sprechen sich für die Ergänzung von Kriterien aus, welche die Teilnahme an DMP und die Einhaltung der Qualitätsstandards beinhalten.

Außerdem könnten Fragen zum Qualitätsmanagement verpflichtend gemacht werden, um Bewusstsein für QM-Systeme zu schaffen, Fragen des BMSGPK-Fragenkatalogs von Laboren könnten auch in fachärztlichen Ordinationen, die Testungen durchführen, gestellt werden und Gesprächsqualität könnte als Thema generell aufgenommen werden.

Hinsichtlich des Fragebogens führt die ÖQMED aus, dass Empfehlungen umgesetzt wurden und bei operativen Schwierigkeiten kontinuierlich kleine Änderungen durchgeführt werden.

### **Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen (HF1 /3)**

Auch zu der Frage, welchen Anpassungsbedarf es im Bereich der Validitätsprüfungen gibt, wurden die Expertinnen und Experten befragt.

Die Stakeholder:innen und Expertinnen und Experten sind sich grundsätzlich einig, dass eine flächendeckende Validitätsprüfung nicht notwendig sei, jedoch unterscheiden sich die Meinungen hinsichtlich der idealen Überprüfungsquote: Von einigen Expertinnen und Experten wird betont, dass die Wahrscheinlichkeit der Überprüfung erhöht werden müsse, da derzeit die Möglichkeit besteht, dass eine Ärztin oder ein Arzt während des gesamten Berufslebens nicht kontrolliert wird. Als Zielgröße wurde genannt, dass eine Person vier- bis fünfmal während ihres Berufslebens kontrolliert wird.

Die in der QS-VO 2022 vorgesehene Stichprobe von zehn Prozent wird von einigen Expertinnen und Experten sowie Stakeholderinnen und Stakeholdern bei der aktuellen Ressourcenlage

allerdings als ausreichend erachtet. Zudem wurde die Thematik laut Expertinnen und Experten des Wissenschaftlichen Beirats in diesem diskutiert und es wurde festgestellt, dass eine weitere Erhöhung bei derzeitigen Ressourcen nicht möglich ist.

Von einigen Stellen wurde eingebracht, dass viele Ärztinnen und Ärzte bei Neugründung ein Beratungsangebot anfragen oder sogar eine zeitnahe Überprüfung anstreben. Die Befassung von neu gegründeten Praxen mit dem Thema Qualitätssicherung wird von allen Expertinnen und Experten und Stakeholderinnen und Stakeholdern befürwortet, da so Probleme frühzeitig beseitigt werden und eine Hilfestellung für Ärztinnen und Ärzte geschaffen wird. Die ÖQMED erklärte, dass entsprechende Beratungen bereits stattfinden. Eine zusätzliche Möglichkeit wäre aus Sicht der Expertinnen und Experten eine Überprüfung bei Neueröffnung: Hier bestand Uneinigkeit unter den Befragten, ob diese verpflichtend oder auf freiwilliger Basis (Anfrage der Ordinationsgründer:innen) stattfinden solle. Auch wurde von einem Experten festgehalten, dass es an Ressourcen für zusätzliche Prüfungen mangle und erklärt, dass innerhalb eines Evaluierungszyklus neu gegründete Ordinationen am Ende dieses Zyklus miteingeschlossen werden und somit eine Selbstevaluierung innerhalb von max. fünf Jahren gegeben sei. Die ÖÄK und der Wissenschaftliche Beirat sprechen sich gegen eine verpflichtende Überprüfung aus, befürworten allerdings eine Überprüfung auf Nachfrage, deren Durchführbarkeit laut ÖQMED noch geklärt werden muss.

Zur Frage nach verpflichtenden Fremdassessments gaben einige Expertinnen und Experten an, dass unabhängige Fremdassessments sinnvoll seien. Andere Expertinnen und Experten und Stakeholder:innen waren hier zurückhaltender und gaben an, dass hier einige Aspekte noch zu prüfen wären.

#### **Verpflichtendes Qualitätsmanagement in Arztpraxen (HF1 /4)**

Alle interviewten Stakeholdervertreter:innen befürworteten grundsätzlich die Anwendung von QM-Systemen, da die Implementierung eines QM-Systems eine kontinuierliche Beschäftigung mit und Bewusstsein für Qualitätssicherung bewirkt. Hinsichtlich der Frage, ob diese verpflichtend eingeführt werden sollten, zeichnete sich kein einheitliches Bild ab.

Einige befragte Expertinnen und Experten befürworteten ein gesetzlich vorgeschriebenes QM-System, dessen Auswahl anhand von internationalen Beispielen erfolgen soll. Im Sinne der Vergleichbarkeit sollten Systeme ausgewählt werden, die auch in anderen Ländern zur Anwendung kommen.

Andere Expertinnen und Experten betonten, dass der Fokus auf der Bewusstseinsbildung und der Überzeugung der Ärzteschaft liegen sollte – eine Verpflichtung würde dies nicht befördern.

Der Vertreter der Ärztekammer betont, dass eine fundierte Analyse der Frage, was mit einem ‚QM-System‘ gemeint ist, notwendig wäre. Es wäre hierbei jedenfalls das große Spektrum der österreichischen Ordinationen (z. B. Wahlärztinnen und Wahlärzte, die nur einige Stunden ordinieren vs. größere Gruppenpraxen) miteinzubeziehen. Bevor hier nichts Konkretes festgelegt sei, sei von einer gesetzlichen Regelung abzusehen.

Alle befragten Expertinnen und Experten sprachen sich gegen eine verpflichtende (kostenpflichtige) Zertifizierung aus.

Der Vertreter der ÖQMED berichtet, dass die ÖQMED über die Möglichkeit nachdenkt, das QM-System der ÖQMED Schritt für Schritt komplett elektronisch zur Verfügung zu stellen, wie das auch schon beim Selbstevaluierungsfragebogen der Fall ist. Die ÖQMED ist bei der teilweisen oder vollständigen Implementierung ihres ÖQM-Systems in den Praxen beratend tätig. Am Ende steht die Möglichkeit der freiwilligen Zertifizierung der Praxis durch die ÖQMED. Darauf aufbauend könnte die Beratungsschiene zu vergleichbaren und praxistauglichen QM-Systemen ausgebaut werden. Eine Herausforderung hierbei ist es, das breite österreichische Ordinations-spektrum in Österreich zu bedenken (Wahlarztpraxen, Größe der Ordination). Aus diesem Grund könnte es vermutlich nur Mindestanforderungen geben. Eine freiwillige Entwicklung von innen heraus erscheint auch im Hinblick auf die Akzeptanz und Verankerung sinnvoller. Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern muss die Wahlmöglichkeit beim System erhalten bleiben.

Vonseiten der Patientenanwaltschaft wird in diesem Zusammenhang kritisch angemerkt, dass die Rolle der ÖQMED verschwommen sei, da sie für Qualitätskontrolle auf strategischer Ebene zuständig ist, aber auch ein QM-System anbietet. Dies sollte aus Sicht der Patientenanwaltschaft getrennt sein.

#### **Voraussetzungen für eine tagesaktuelle elektronische Ärzte- und Ordinationsliste (HF1/5)**

Die Expertinnen und Experten wurden zu ihren Sichtweisen zu den Empfehlungen des Rechnungshofs bezüglich der Führung der Ärzteliste befragt. Der Vertreter der ÖÄK berichtete, dass eine Modernisierung der Ärzteliste-Datenbanken vorgenommen wurde. Er führte auch aus, dass jetzt mit den meisten Landesärztekammern ein tagesaktueller Austausch gegeben sei. Es bestehe aber die Möglichkeit für Ärztinnen und Ärzte, sich in den Landesärztekammern eintragen zu lassen. Dann erfolge die Übertragung in die Ärzteliste. Daher laufe aktuell eine Ausschreibung für eine österreichweite Datenbank, um die Problematik der Übertragungen zu lösen.

Einige der befragten Expertinnen und Experten führten aus, dass sie einen interaktiven Zugriff über eine IT-Schnittstelle befürworten würden, um eine sinnvolle Datennutzung zu ermöglichen. Dieser Zugriff solle für alle möglich sein (Open Source), so ein Teil der Expertinnen und Experten, oder zumindest für die Systempartner, so ein anderer Teil der Expertinnen und Experten. Dies sei in einer Novelle des ÄrzteG § 27a (aus November 2021) auch gesetzlich verankert.

Ein Großteil der Expertinnen und Experten sprach sich für eine Integration einer eindeutigen Ordinationskennung in die Ärzteliste aus. Der Vertreter der ÖQMED führte aus, dass für die ÖQMED die Identifikationsnummer der Ordination hilfreich wäre, weil dies die Zuordnung zu Ordinationen erleichtern und damit die Datenqualität verbessern würde.

## 4.2.2 HF2 – Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung

### 4.2.2.1 Empfehlungen aus dem Vergleich aktueller Studien zur Qualitätssicherung

Im Handlungsfeld Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung fassen Weißenhofer/Piso (2019) sieben Empfehlungen der drei Berichte (RH, LSE und IHS) zu drei Empfehlungen zusammen:

- » Aufbau und Einführung der **ambulanten Diagnosendokumentation** (HF2/1),
- » Entwickeln und Einführen von **Ergebnisindikatoren** sowie die Verknüpfung mit Prozessindikatoren (HF2/2),
- » »Verknüpfen von **Indikatoren über Sektorengrenzen** hinweg zum Abbilden/Verfolgen von Patientenpfaden (Patientenkarrieren) (HF2/3).

Demnach wird das BMSGPK für die gesetzliche Verankerung der verpflichtenden ambulanten Diagnosendokumentation adressiert, die weiteren Empfehlungen adressieren primär die Gremien der Zielsteuerung. Die Zielsteuerungspartner:innen generell und die Ärzteschaft werden als Mitwirkende angesprochen. ((Weißenhofer/Piso 2019)

Als **Zielzustand** der umgesetzten Empfehlungen wird festgehalten, dass „[...] die gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosendokumentation vorliegen [soll], die dokumentierten Daten für Indikatoren sollen verwendet werden und Patientenpfade abgebildet sein. Zudem soll für Indikatoren, die Ergebnis- und Prozessaspekte verbinden, sichtbar werden, ob Veränderungen auf Änderungen in der Versorgung durch Leistungserbringer im Gesundheitswesen oder auf externe Faktoren außerhalb des Einflussbereichs der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Das Vorhandensein von Patientenpfaden soll die Grundlage einer gemeinsamen Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherung für das gesamte Versorgungsspektrum bilden.“ ((Weißenhofer/Piso 2019)

### 4.2.2.2 IST-Stand und aktuelle Arbeiten im Handlungsfeld

#### Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich (HF2/1)

Die Bekenntnisse der Stakeholder:innen sowie konkrete Projekte zur Diagnosen- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich sind im Rechnungshofbericht aus dem Jahr 2018 für den Prüfungszeitraum zusammengefasst. Bereits in diesem Bericht findet sich die Stellungnahme des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, dass es zur gesetzlichen Verankerung der ambulanten Diagnosendokumentation mit den betroffenen Leistungserbringerinnen und -erbringern und deren Interessenvertretungen inhaltlich weitgehend abgestimmter Umsetzungskonzepte bedürfe. (Rechnungshof 2018)

Bereits Weißenhofer/Piso (2019) halten fest, dass seit Publikation des RH-Berichts ein Pilotprojekt zur ambulanten Qualitätsmessung zum Schwerpunkt Interventionen/Eingriffe anhand des Blasenkarzinoms durchgeführt wurde, welches abschließend umfängliche Datenlimitationen beschreibt und festhält, dass eine einheitliche Diagnosendokumentation und Leistungskataloge im extramuralen Bereich (inkl. Wahlarztbereich) Bedingungen für eine Weiterführung der ambulanten Qualitätsmessung wären. (Weißenhofer/Piso 2019)

Arbeiten zur „Vorbereitung der Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich“ wurden von den Zielsteuerungspartnerinnen und -partnern aktuell wieder verstärkt durchgeführt, wobei in einem ersten Schritt die technischen Grundlagen und Umsetzungsmöglichkeiten mit den Stakeholderinnen und Stakeholdern abgestimmt werden. Auch die Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED betonten die Relevanz des Themas und haben das Thema für 2022 auf ihre Agenda gesetzt.

### **Ergebnisqualitätsmessung – Indikatoren und sektorenübergreifende Indikatoren (HF2/2 und HF2/3)**

Hinsichtlich der Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten Bereich legt die Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.0 (BMGF 2017b) einen Fahrplan für die Jahre 2017 bis 2021 zur Umsetzung der Beschlüsse der Vereinbarung 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene 2017 fest. Auch an dieser Stelle wird als Voraussetzung für die Arbeiten der Aufbau einer einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation genannt (vgl. auch Kapitel 2.5.1).

Die Arbeiten an der ambulanten Qualitätsmessung, in deren Rahmen das 2016 von der B-ZK abgenommene Konzept „Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich“ (A-OQI) angepasst und weiterentwickelt werden sollte, wurden in den letzten Jahren fortgeführt. Dieses beinhaltet die vier Schwerpunkte Krankheitsbilder, Interventionen und Eingriffe, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit.

Für das im Schwerpunkt Krankheitsbilder als erstes behandelte Thema Diabetes mellitus Typ 2 wurden in der Pilotierung regional aggregierte Indikatorenauswertungen aus Routinedaten (LEICON) vorgenommen und Qualitätszirkel als Instrument zur Reflexion dieser Indikatoren abgehalten. Die Qualitätszirkel zu Diabetes sollen auch 2022 stattfinden. Auch das Thema Herzinfarkt wurde aufgegriffen.

Im Schwerpunkt Interventionen und Eingriffe wurde ein Pilotprojekt zum Blasenkarzinom durchgeführt. Da aufgrund der evidenten Datenlimitationen die statistische Aufbereitung und Analyse keine valide Aussage über den Versorgungsprozess erlaubte, wurden 2019 die Arbeiten zu diesem Thema eingestellt. Als Ergebnis des Projekts zeigt sich u. a., dass neben einer bundesweit einheitlichen Erfassung von Diagnosen im extramuralen Bereich in einer standardisierten und codierten Form analog zum stationären Bereich die Vereinheitlichung der Abrechnungsmodalitäten im niedergelassenen Bereich, bundesweite einheitliche Leistungskataloge und die Erfassung von Wahlärztinnen und Wahlärzten weitere Voraussetzungen für eine fundierte Qualitätsmessung im ambulanten Bereich sind. Vonseiten der SV (ÖGK-N) wird berichtet, dass laufend zu

Ergebnisqualitätsmessung gearbeitet würde und nach dem Thema „Diabetes mellitus“ das Thema „Herzinfarkt“ in Angriff genommen würde – hier würden mit Herbst 2022 Daten vorliegen. Weitere Arbeiten sind geplant.

Als hinderlich erweist sich momentan die Identifikation der betroffenen Patientinnen und Patienten, da diese derzeit nur über Krankenhausdaten oder Medikamentenbezug möglich wäre.

Die sektorenübergreifende Qualitätsmessung ist in ihrer Umsetzung von Ergebnisindikatoren im ambulanten und stationären Bereich sowie von einer entsprechenden Diagnosendokumentation abhängig.

Zusammenfassend kann zum IST-Stand festgehalten werden, dass der Zielzustand zu den drei Empfehlungen bisher nicht erreicht wurde, die zusammenfassenden Empfehlungen sind weiterhin aktuell.

### 4.2.2.3 Positionen und Sichtweisen der Expertinnen und Experten/Stakeholdervertretungen

#### Aufbau und Einführung der ambulanten Diagnosendokumentation (HF2/1)

Die Stakeholder:innen wurden zu ihren Sichtweisen zur Einführung einer **ambulanten Diagnosendokumentation** im niedergelassenen Bereich, zu den bestehenden Hemmnissen der Umsetzung und zu notwendigen Schritten für die Einführung befragt.

Weder Stakeholdervertretungen noch befragte Expertinnen und Experten äußerten sich in schriftlichen Rückmeldungen oder den Interviews ablehnend gegenüber einer Einführung einer ambulanten Diagnosendokumentation. Die **Bedeutung der ambulanten Diagnosendokumentation** wurde in den Interviews von der Mehrzahl der Expertinnen und Experten mit Begriffen wie „*Grundlage für Qualitätsmanagement*“, „*prioritär für die Qualitätsarbeit*“ bzw. „*essenziell für die Qualitätssicherung*“ im niedergelassenen Bereich belegt oder auch als „*Basis für Versorgungsforschung*“ und von Relevanz für die „*Steuerung, Struktur- und Leistungsplanung*“ bezeichnet. Ohne einheitliche, elektronische Diagnosendokumentation sei der niedergelassene Bereich „*intransparent*“.

Eine Reihe von Expertinnen und Experten betonte, dass die Verpflichtung zur Dokumentation für die Ärzteschaft (und allfällige weitere Gesundheitsberufe) **gesetzlich festzuschreiben** sei, wobei dies umfassenderer rechtlicher Regelungen als der alleinigen Festschreibung im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) bedürfe.<sup>9</sup> Verwiesen wurde auch auf die notwendige Verankerung in §§ 6ff

---

9

Der RH-Bericht hält fest, dass die Fachgruppe Finanzierung/Controlling, welche im Rahmen der ersten Zielsteuerungsperiode von 2013 bis 2016 eingerichtet war, bereits mit der Konzepterstellung sowie der Schaffung der für die flächendeckende Umsetzung erforderlichen auch rechtlichen Voraussetzungen beauftragt wurde.

GDG (Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen). Von mehreren Seiten wurde die Notwendigkeit der Diagnosendokumentation durch die gesamte niedergelassene Ärzteschaft – unabhängig von der Vertragsbeziehung zu einem Träger der sozialen Krankenversicherung (d. h. Vertragsärzteschaft und Wahlärzteschaft) – betont. Insofern sei die gesetzliche Verpflichtung zur elektronischen Diagnosendokumentation notwendig und eine Regelung über Verträge mit der sozialen Krankenversicherung – aus Sicht von deren Expertinnen – nicht ausreichend. Als weiterer möglicher Vorteil einer gesetzlichen Verpflichtung wird die dann verpflichtende Integration in der Ordinationssoftware durch die Hersteller gesehen. Die Integration einer anwenderfreundlichen und möglichst einfach gestalteten codierten Diagnosendokumentation in die Ordinationssoftware ist eine der Voraussetzungen, um eine entsprechende Dokumentationsqualität durch die niedergelassene Ärzteschaft zu erreichen, hält eine Expertin hierzu fest.

Die Dokumentation sollte nach **internationalen Standards** erfolgen. Genannt wurde hier von den Expertinnen und Experten ICD-10 für niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte und Spitalsambulanzen sowie ICPC-2 für niedergelassene Allgemeinmediziner:innen, wobei jedenfalls die Überleitung zwischen den Systemen sicherzustellen sei. Auch sei die Referenzierbarkeit zum intramuralen Leistungsbereich (LKF-Dokumentation) zu bedenken, um eine Abbildung der Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu ermöglichen.

Die Diagnosendokumentation sei gemäß Aussagen von Expertinnen und Experten – gemeinsam mit Routinedokumentationen aus dem niedergelassenen Bereich – Voraussetzung für die Ergebnisqualitätsmessung. Ohne Daten zu den Diagnosen gerate die Qualitätsarbeit rasch an ihre Grenzen – das hätten auch die Arbeiten zu A-OQI gezeigt.

### **Hemmnisse für die Umsetzung und notwendige Schritte (Rahmenbedingungen bzw. begleitende Maßnahmen) für die Einführung**

In der praktischen Umsetzung der ambulanten Diagnosendokumentation werden von den Stakeholderinnen und Stakeholdern Herausforderungen gesehen:

Eine Expertin fasst zusammen, dass *„die Grundvoraussetzungen die Praktikabilität, die Anwenderfreundlichkeit sowie die Vermittlung der Sinnhaftigkeit für die Anwenderinnen und Anwender (Ärzterschaft)“* seien. Die Mehrzahl der Expertinnen und Experten verweist auf den einen oder anderen dieser Punkte, wobei die benutzerfreundliche Erfassung der Diagnosen über die Systeme der Ordinationssoftware sehr häufig genannt wurde. Auch ein Pilotprojekt zur Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich zeige die hohe Relevanz der Benutzerfreundlichkeit, aber auch das Erfordernis von Schulungen zum jeweiligen Codierungssystem. Die Integration einer anwenderfreundlichen und möglichst einfach gestalteten codierten Diagnosendokumentation in die Ordinationssoftware sei eine der Voraussetzungen, um eine entsprechende Dokumentationsqualität durch die niedergelassene Ärzteschaft zu erreichen, hält eine Expertin hierzu fest. Positiv wurde hervorgehoben, dass die nachkommende Ärzteschaft im Rahmen der Ausbildung jedenfalls mit der elektronischen Diagnosendokumentation im Rahmen ihrer Ausbildung in Berührung gekommen sei. Hinsichtlich der Kommunikation an die Ärzteschaft muss klar sein, *„dass die Diagnose-dokumentation kein Kontrollinstrument darstellt“*. Es sollte die systemische Sichtweise in den Vordergrund gerückt werden: Auf Basis einer Diagnosen- und Leistungsdokumentation könnten

Indikatoren der Ergebnisqualitätsmessung entwickelt werden und damit auch die Kompetenzen im niedergelassenen Bereich aufgezeigt werden.

Die ÖÄK verweist darauf, dass eine ambulante Diagnosendokumentation „den Prämissen der Wirtschaftlichkeit und der Minimierung von administrativem Aufwand zu folgen [habe]“ und „kosten- und aufwandsneutral“ sein sollte. Die Implementierung der Diagnosecodierung in die Ordinationssoftware sowie die regelmäßige Dokumentation wäre in Abhängigkeit vom damit verbundenen Mehraufwand zu vergüten. Auch wären die Zielsetzungen der Diagnosendokumentation im Vorfeld zu klären und es wäre zu prüfen, ob nicht die bereits bestehende Dokumentation in ELGA für Zwecke der Qualitätssicherung ausreiche.

Hinsichtlich der Hemmnisse der konkreten Umsetzung wurden von Expertinnen und Experten „die fehlende treibende Kraft des Gesetzgebers“, „Uneinigheiten der Stakeholder“, aber auch „die Angst vor dem Mehraufwand“ angeführt.

Als weitere Anforderung wurde die „Sicherstellung der Datenqualität“ genannt. In diesem Zusammenhang wurde zum einen auf die Überleitung zwischen den Dokumentationssystemen (ICD-10 und ICPC-2) und auf notwendige Schulungen der Ärzteschaft zur Diagnosendokumentation verwiesen. Zum anderen wurde mit Blick auf die Ergebnisqualität die Schaffung der Voraussetzungen für die Verknüpfung von Diagnosedaten und Leistungsdokumentationen der Träger der sozialen Krankenversicherung betont, da hier noch Unterschiede innerhalb der Sozialversicherung bestünden.

Dass es sich um ein komplexes, nicht rasch umzusetzendes Thema handle und die Erarbeitung der Grundlagen jedenfalls auf breiter Basis und konsensuell erfolgen müsse, hielten mehrere Expertinnen und Experten fest. Auch die Notwendigkeit der Einbindung der künftigen Anwender:innen, der Ärzteschaft via ÖÄK, wurde mehrfach betont.

### **Entwickeln und Einführen von Ergebnisindikatoren sowie die Verknüpfung mit Prozessindikatoren und Verknüpfen von Indikatoren über Sektorengrenzen hinweg zum Abbilden/Verfolgen von Patientenpfaden (HF2/2 und HF2/3)**

Die Stakeholder:innen wurden zu ihren Sichtweisen zum Aufbau einer Ergebnisqualitätsmessung (EQ-Messung), zu notwendigen Voraussetzungen, relevanten Faktoren, einzubindenden Stakeholderinnen und Stakeholdern und prioritären Indikationen befragt. Auch das Thema der sektorenübergreifenden EQ-Messung wurde thematisiert.

Während auf der einen Seite ausgeführt wird, dass die generelle Zielsetzung einer EQ-Messung geklärt werden müsse, formulieren andere Expertinnen und Experten als deren Zielsetzung die Verbesserung der Versorgung. Eine „Suche nach Schuldigen“ wäre demnach nicht Zielsetzung. Betont wurde auch hier die Notwendigkeit einer gemeinsamen Erarbeitung und Umsetzung von EQ-Messungen durch Ärzteschaft und Qualitätsexpertinnen und -experten, wobei auch internationale Expertinnen und Experten eingebunden werden könnten.

Die Erfahrungen aus Praxisprojekten zeigen, dass die Einführung von EQ-Messungen mit einem hohen fachlichen Aufwand verbunden ist. Die Indikatoren müssen zielgerichtet für die Krankheitsbilder und Strukturen entwickelt werden, dabei sollen, soweit möglich, Routinedaten genutzt werden, hielten mehrere Expertinnen und Experten fest. Die Vergleichbarkeit/Referenzierbarkeit der Daten ist bei der Entwicklung von Indikatoren zu sektorenübergreifenden Patientenpfaden sicherzustellen. Trotzdem wäre bei der sektorenübergreifenden Betrachtung eine Zuordenbarkeit zu einzelnen Leistungserbringerinnen bzw. -erbringern nicht immer möglich. In der praktischen Umsetzung von EQ-Indikatoren zeigen sich vor allem für den niedergelassenen Bereich aktuell noch Limitationen in der Leistungsdokumentation (unterschiedliche Leistungskataloge, Pauschalen).

Expertinnen und Experten mehrerer Stakeholder-Organisationen betonen die Notwendigkeit, in der EQ auch die Sichtweise von Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Patient-Reported Experience Measures (PREM) und Patient-Reported Outcome Measures (PROM) sollten Eingang in die EQ finden. Im Bereich der sektorenübergreifenden Patientenbefragung würden Hinweise zu Erfahrungen von Patientinnen und Patienten erhoben. Hier könnte auch auf bestehende Konzepte bzw. Erfahrungen aus dem Ausland zurückgegriffen werden. Verwiesen wird auch auf den Informationsbedarf der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Darstellung von Informationen zu EQ, auch der sektorenübergreifenden EQ.

Betont wird von mehreren Seiten, dass die Zielsetzung von (sektorenübergreifenden) EQ-Messungen die Ableitung konkreter Verbesserungen im System wäre:

Die Diskussion von EQ-Parametern in Qualitätszirkeln, wie aktuell für A-OQI zu Diabetes durchgeführt, wird von Expertinnen und Experten mehrerer Stakeholder-Organisationen, u. a. der SV und der ÖAK, als positives Beispiel erwähnt. Da Ziel der Qualitätsarbeit die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten sei, sollten auch sektorenübergreifende Qualitätszirkel, d. h. mit Vertreterinnen und Vertretern der niedergelassenen Ärzteschaft und der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte, stattfinden.

Die Erarbeitung von Konzepten und Kriterien zur EQ-Messung sei mit einem großen Arbeitsaufwand verbunden, einige Expertinnen bzw. Experten sehen das Thema daher als weniger prioritär an bzw. betonen, dass in einem ersten Schritt ein Schwerpunkt auf die Umsetzung von Prozessqualitätskriterien zu legen wäre. Andere sehen Aufbauarbeit im Bereich der EQ-Messung als notwendig an, um den Versorgungsprozess über die Sektoren hinweg abzubilden.

Von einigen Befragten wird mit Blick auf die aktuell geringe Beteiligung der Ärzteschaft an Qualitätsinitiativen wie dem ‚Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge‘ oder ‚Therapie aktiv‘ darauf verwiesen, dass die Eigenmotivation der Beteiligten für eine Qualitätsarbeit vorhanden sein sollte, Qualitätsarbeiten im Sinne der Effizienz aber auch auf breite Beteiligung stoßen sollten. Hier verweist ein Experte auf Anreize wie ‚Pay for Performance‘ oder auch andere Konzepte, wie jenes der ‚Value-Based Healthcare‘. Aber auch die Verpflichtung zur Teilnahme an DMP (wie ‚Therapie Aktiv‘) wird erwähnt.

Als Nutzen für die Ärzteschaft wurde angeführt, dass die oben erwähnten Qualitätszirkel (QZ) die Möglichkeit des fachlichen Austauschs böten, aber auch Ergebnisse aus den QZ wieder an die

Systemebene rückgekoppelt werden könnten – auch das wäre ein Anreiz zur Teilnahme, der von der Ärzteschaft geschätzt würde, so eine Experte. Von anderer Seite werden Modelle wie die Peer-Review-Verfahren in A-IQI bei Auffälligkeiten der EQ als positives Beispiel einer Qualitätsarbeit genannt. Auf Systemebene könnte auf internationale Standards referenziert werden.

Seitens der ÖÄK wird auf die Granularität der EQ-Messung verwiesen, auf Ebene der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes könne ein ‚Benchmark‘ zu einer Risikoselektion führen, auch sei die Konstruktivität der Mitwirkung der Patientinnen und Patienten (Compliance) in der EQ-Messung zu berücksichtigen. Aber auch von anderen Expertinnen und Experten wird auf mögliche Stolpersteine, wie geringe Fallzahlen bei einzelnen Ärztinnen und Ärzten, verwiesen, welche in der Erarbeitung von EQ-Indikatoren zu berücksichtigen wären.

Von verschiedenen Seiten wird darauf verwiesen, dass das Thema EQ umfangreich sei und sich ein ‚wissenschaftlicher Beirat‘ oder eine ‚Arbeitsgruppe‘ mit dem Thema beschäftigen sollte.

## 4.2.3 HF3 – Transparenz der Qualitätsarbeit

### 4.2.3.1 Empfehlungen aus dem Vergleich aktueller Studien zur Qualitätssicherung

Auf das Handlungsfeld Transparenz der Qualitätsarbeit (Weißenhofer/Piso 2019) beziehen sich neun Einzelempfehlungen (8 davon aus dem Rechnungshofbericht, 1 aus der LSE-Studie), welche zu fünf Empfehlungen zusammengefasst wurden und folgende Themenbereiche betreffen:

- » Öffentlicher Zugriff auf Daten zur **Leistungsqualität** (umfasst auch den Zugriff für die Patientinnen und Patienten) (HF3/ 1),
- » Vorgaben zur Gestaltung, zu Inhalten und Regelmäßigkeit von **Qualitätsberichten** sowie Prüfung, ob die Vorgaben eingehalten werden (Qualitätsberichte aus der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sowie **sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung** und Ergebnisqualität) (HF3/2),
- » Sichtbarmachen der **Art der Prüfungsgrundlage** auf den **Zertifikaten** der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (HF3/3).

Der Großteil der Empfehlungen richtet sich an die ÖQMED und/oder das BMSGPK. Lediglich bei der Ausstellung von Qualitätszertifikaten wird die ÖÄK und bei der Erstellung von Vorgaben zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Berichterstattung werden die Zielsteuerungspartner:innen in Ergänzung adressiert. (Weißenhofer/Piso 2019)

Der Zielzustand wird nach einem erneuten Hinweis auf HF2 und die Notwendigkeit der Diagnostikdokumentation im ambulanten Bereich als Voraussetzung für HF3 wie folgt beschrieben: „[...] Darüber hinaus sind Qualitätsberichte, Berichte der ÖQMED sowie das Ergebnis der Evaluierungsverfahren (für die Kennzeichnung der Art der Zertifikate) als Informationsbasis notwendig, um die Empfehlungen zu realisieren. Als sichtbares Ergebnis der Empfehlungen sollen Vorgaben für

*Berichte, (adaptierte) Berichte (Regionsberichte, sektorenübergreifende Qualitätsberichte inkl. Ergebnisqualität, Qualitätsberichte aus der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich) sowie ein adaptiertes Qualitätszertifikat vorliegen.“ (Weißenhofer/Piso 2019)*

## 4.2.3.2 IST-Stand und aktuelle Arbeiten im Handlungsfeld

### Öffentlicher Zugriff auf Daten zur Leistungsqualität (HF3/1)

Der RH stellte in seinem Bericht fest, dass – anders als im stationären Bereich, in welchem Patientinnen und Patienten über die Webportale [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) oder [www.spitalskompas.at](http://www.spitalskompas.at) ausgewählte vergleichbare Informationen über Behandlungsqualität einsehen können – eine solche oder ähnlich geartete qualitätsgesicherte Informationsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich gänzlich fehlt. Lediglich diverse Arztbewertungsportale mit subjektiven Einschätzungen stehen den Patientinnen und Patienten zur Verfügung, während offizielle Angebote der ÖÄK oder ÖQMED lediglich Informationen über Strukturqualität bieten. Das Ministerium wandte in einer Stellungnahme ein, dass sich diesbezügliche Arbeiten wegen Datenlimitationen schwierig gestalten. (Rechnungshof 2018)

Seither gab es im Bereich der öffentlichen Zugänglichkeit von Daten keine Fortschritte in Richtung der Empfehlung.

Hinsichtlich der Umsetzung im ambulanten Bereich wurde eine verpflichtende Erhebung für selbstständige Ambulatorien über eine Qualitätsplattform durchgeführt. Diese wurde mit Ende Juni 2021 abgeschlossen und befindet sich in Auswertung. (GÖG 2021)

### Vorgaben zu Qualitätsberichten und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung (HF3/2)

Der Rechnungshof stellte fest, dass das Ministerium keine weiteren Vorgaben zur Gestaltung des Qualitätsberichts, wie in QS-VO 2018 im 8. Abschnitt vorgesehen, getätigt hat. Auch ist das seither nicht erfolgt.

Auch kritisierte der RH, dass die bundeseinheitliche, bundesländer- und berufs- und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung bislang mangels Vorgaben seitens des Ministeriums nicht umgesetzt wurde. Zusätzlich müssen seit 2014 regelmäßige Berichte über Ergebnisqualität im ambulanten Bereich erfolgen. Aufgrund der fehlenden Messung war dies bislang jedoch ebenfalls nicht möglich.

Das BMSGPK teilte damals in einer Stellungnahme mit, dass es bereits Diskussionen zu einem Konzept für die bundeseinheitliche, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung gab, dass jedoch die zersplitterte Kompetenzlage fast unüberwindlich sei und die Entscheidung letztlich in der B-ZK gefällt würde.

Die Maßnahme der schrittweisen Ausrollung der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich inkl. Berichtswesen und Veröffentlichung war für die Zielsteuerungsperiode 2017–2021 vorgesehen (Zielsteuerung–Gesundheit 2017). Diese Maßnahme ist abhängig von Vorarbeiten, welche ebenfalls im Bundes-Zielsteuerungsvertrag abgebildet sind (Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes und der Methode Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich sowie rechtliche und organisatorische Vorbereitung einer sektorenübergreifenden codierten Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich). Zwar konnten die geplanten Qualitätszirkel stattfinden, die zweite Maßnahme konnte jedoch nicht bearbeitet werden. Daher kam es bisher nicht zu einer Ausrollung (GÖG 2021).

Die inhaltliche Kritik des RH an einigen Aspekten des Qualitätsberichts der ÖQMED (wie an der nicht getrennten Ausweisung der Mängelquote nach Selbstbewertung durch die Ärztinnen und Ärzte und jener nach Validitätsprüfung), aber auch an der mangelnden Beobachtung von Abweichungen und des Nichtsetzens von Maßnahmen zur Vermeidung von Falschangaben (vgl. Rechnungshof 2018, S. 55) wurde mittlerweile durch entsprechende Maßnahmen berücksichtigt. Darauf verweisen auch bereits Weißenhofer/Piso (2019): So wurde zwischenzeitlich seitens der ÖQMED eine inhaltliche Neugestaltung der Qualitätsberichte den Empfehlungen des RH entsprechend vorgenommen und eine Erhebung der Anforderungen des Wissenschaftlichen Beirats an den Qualitätsbericht durchgeführt. Im Qualitätsbericht der ÖQMED von 2018 fand bereits eine getrennte Ausweisung der Prüfungen statt. (ÖQMED 2018) Nach aktueller Auskunft zeigt sich in der aktuellen Evaluierungsrunde beispielsweise eine niedrigere Mängelquote nach externer Überprüfung, als in der Selbstevaluierung.

Die QS-VO befindet sich derzeit in Überarbeitung, wobei der Wissenschaftliche Beirat der ÖQMED seine Empfehlungen bereits an die weiteren Gremien übermittelt hat. Zum Zeitpunkt des Verfassens des vorliegenden Berichts kann noch keine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern Änderungen zur QBE in diese miteinfließen. Die Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED, aber auch einzelne Mitglieder äußerten sich im Zuge der Interviews jedoch positiv über die Möglichkeiten, sich konstruktiv im Prozess der Überarbeitung der QS-VO einzubringen.

Sichtbarmachen der Art der Prüfungsgrundlage auf den Zertifikaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (HF3/3)

Es erfolgte eine Empfehlung des RH, kenntlich zu machen, welches Evaluierungsverfahren (Selbstevaluierung oder Validitätsprüfung) zur Ausstellung eines Qualitätszertifikats geführt hat. (Rechnungshof 2018)

Diese Empfehlung wurde im Wissenschaftlichen Beirat der ÖQMED diskutiert und es wurde ihr nicht nachgekommen, da sie nicht als sinnvoll erachtet wird (vgl. Ausführungen im nächsten Abschnitt).

Zum IST-Stand kann festgehalten werden, dass der Zielzustand entsprechend den Empfehlungen des RH bzw. des zusammenfassenden Berichts von Weißenhofer/Piso (2019) zum Teil erreicht wurde, den Empfehlungen allerdings nicht in allen Aspekten nachgekommen wurde, einige Empfehlungen sind weiterhin aktuell.

### 4.2.3.3 Positionen und Sichtweisen der Expertinnen und Experten/Stakeholdervertretungen

#### Öffentlicher Zugriff auf Daten zur Leistungsqualität (HF1/1)

Die Expertinnen und Experten und Stakeholdervertretungen wurden zu ihren Sichtweisen zur Empfehlung des RH, der Bevölkerung Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich aus Routinedaten verständlich und qualitätsgesichert in Form einer neutralen, beim BMSGPK eingerichteten Plattform zugänglich zu machen, befragt.

Die befragten Expertinnen und Experten und Stakeholdervertretungen standen der grundsätzlichen Forderung mehrheitlich positiv gegenüber, wobei sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Granularität der Darstellung dieser Informationen zeigten. Aus Sicht der Patientenanwaltschaft wäre sogar „*maximale Transparenz*“ bis auf Ordinationsebene zu befürworten. Expertinnen und Experten anderer Stakeholder:innen brachten allerdings einige generelle Einwände vor: So wurde die Umsetzung bei begrenzten Ressourcen als limitierender Faktor angeführt, aber auch die Komplexität u. a. aufgrund der Heterogenität der Settings genannt. Auch wurden Bedenken hinsichtlich der politischen Einigung zur Umsetzung, Durchführbarkeit (hinsichtlich der Erstellung von Qualitätsindikatoren anhand von Routinedaten) geäußert und es wurde angeführt, dass mit noch höherem Widerstand einiger Stakeholder:innen als im stationären Bereich gerechnet wird.

Als wichtige Voraussetzung wurde jedenfalls das diesbezügliche „*politische Commitment*“ genannt. Die Umsetzung müsse außerdem mit großer Vorsicht erfolgen und der Fokus auf die Verständlichkeit der Daten für das Zielpublikum gelegt werden, damit es nicht zu Fehlschlüssen komme. Seitens der ÖÄK wurde betont, dass die geforderte Darstellung von Daten zur Behandlungsqualität zwischen den Sektoren (niedergelassene und stationäre Versorgung) – gerade auch mit Blick auf die Granularität der Darstellung – ausgewogen sein sollte.

Es wurde außerdem seitens einiger Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass auch bei entsprechender Transparenz viele Menschen in Österreich nicht die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten haben. Dem wurde entgegengestellt, dass die öffentliche Bewertung nicht nur der Auswahl diene, sondern auch einen qualitätssichernden Effekt innerhalb der Kollegenschaft habe, ohne einen „*diffamierenden Druck auf Einzelne*“ auszuüben.

Als ersten wichtigen Schritt für die Umsetzung sahen einige der Expertinnen und Experten zunächst die Identifikation der für Patientinnen und Patienten relevanten Parameter. Aus Sicht eines Experten ist eine Trennung zwischen medizinisch-fachlichen und – den gerade im niedergelassenen Bereich wichtigen – kommunikativ-zwischenmenschlichen Aspekten notwendig. Exemplarisch wurden die Wartezeit, Teilnahme an regionalen fachspezifischen Qualitätszirkeln, Angaben zu Qualitätsmanagementsystemen in Ordinationen oder Anzahl der durchgeführten Eingriffe genannt. Die Veröffentlichung von Daten zur Struktur- und Prozessqualität wäre jedenfalls zu befürworten.

Hinsichtlich der Umsetzung wurde eine automatisierte Auswertung aus Routinedokumentation analog zu A-IQI vorgeschlagen, da dies den Aufwand für die Beteiligten verringere. Eine Expertin schlug vor, dass die bereits geführten Diskussionen der A-IQI-Beiräte zum öffentlichen Zugang zu Qualitätsdaten hier als Orientierung für das Vorgehen im niedergelassenen Bereich dienen könnten.

Es bestand grundsätzliche Einigkeit darüber, dass Erfahrungen von Patientinnen und Patienten Teil der zur Verfügung gestellten Information zur Leistungsqualität sein sollen. Als geeignetes Mittel zur Erhebung wurden von einigen Expertinnen und Experten systematische und repräsentative Patientenbefragungen (möglicherweise durch PREM oder PROM<sup>10</sup>) genannt. Zum Thema Patientenbefragung fanden laut Expertinnen und Experten bereits im Sommer 2021 auf Anstoß der ÖÄK Diskussionen mit den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats statt.

Die Existenz von derzeit bereits im privaten Bereich bestehenden Online-Plattformen ist aus Sicht eines Experten Beweis für den bestehenden Bedarf an Informationsmöglichkeiten, welcher von öffentlicher Seite gedeckt werden müsse. Die derzeit verfügbaren Plattformen werden als unzureichend oder sogar gefährlich für Patientinnen und Patienten angesehen und bieten die Möglichkeit der Einflussnahme durch finanzielle Beteiligung von Bewerteten. Als positive Praxis öffentlicher Information wird auf internationale Beispiele wie die Niederlande oder Großbritannien (vgl. auch Kapitel 5), verwiesen, welche auf sehr granularer Ebene Informations- und Vergleichsmöglichkeiten schaffen, oder auch auf regionale Beispiele aus Deutschland.

Zwar besteht keine Einigkeit hinsichtlich der Institution, an der eine solche Plattform angesiedelt werden könnte, jedoch wurde von einer Vielzahl von Expertinnen und Experten eine bundesweite Lösung analog der Website [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) befürwortet. Es wird dabei von verschiedenen Seiten betont, dass eine solche Plattform gut auffindbar sein und evtl. beworben werden müsste. Die Umsetzung müsse jedenfalls zunächst pilotiert werden. Die Plattform müsste laut einem Experten jedenfalls die Kassenärztinnen und Kassenärzte umfassen; zu Wahlärztinnen und Wahlärzten steht nur wenig Information zur Verfügung.

Bei der Umsetzung müsste außerdem ein großer Fokus auf Verständlichkeit gelegt werden, da laut einer Expertin in Österreich ein solch „*freizügiger Umgang*“ mit Informationen, anders als in anderen Ländern, noch ungewohnt ist. So heißt es seitens eines Experten: „*Ein unkommentierter öffentlicher Zugang könnte teilweise zu Fehlinterpretationen führen*“, weswegen auch verkürzte Darstellungsformen (z. B. Ampeln) seitens eines Experten abgelehnt werden.

Hinsichtlich der Zuständigkeit für allfällige Patientenbefragungen und deren Zurverfügungstellung wurden unterschiedliche Institutionen genannt, darunter die ÖQMED und ihr Wissenschaftlicher Beirat, die GÖG, die SV oder auch die Patientenanwaltschaft.

---

10

Patient-Reported Experience Measures (PREM), Patient-Reported Outcome Measures (PROM)

In der Frage, ob es Verbesserungspotenzial im Bereich des Datenzugangs und Datenaustausches gibt, wurde der aktuell restriktive Zugang bemängelt und es wurden anonymisierte Datenzugänge für alle Systempartner (möglicherweise abgestuft), Stakeholder:innen, für die Forschung und für die Öffentlichkeit gefordert.

Die ÖQMED merkte an, dass ein besserer (sektorenübergreifender) Austausch zwischen mit Qualitätssicherung befassten Organisationen sinnvoll wäre. Eine Vernetzung könnte über die GÖG hergestellt werden. Bei der Erstellung des Qualitätsberichts beispielsweise gab es Probleme bei der Übermittlung bestimmter externer Daten, welche gemäß QS-VO 2018 in den Bericht einfließen könnten. Aus diesem Grund wurden im Bericht nur Daten der ÖQMED verwendet. Aus Sicht eines Stakeholders werden die aktuellen Möglichkeiten „*nicht ausgeschöpft*“.

Seitens der PA wurde angemerkt, dass eine stichprobenartige Einsicht in die Dokumentationen auf individueller Ebene durch die ÖQMED wie bei A-IQI möglich sein sollte.

### **Vorgaben zu Qualitätsberichten und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung (HF3/2)**

Eine Veröffentlichung des Qualitätsberichts auf der Website der ÖÄK in patientengerechter Form wäre laut einem Experten eine sinnvolle Ergänzung, die in den Wissenschaftlichen Beirat eingebracht werden sollte. Einige Expertinnen und Experten sprechen sich dafür aus, dass die Berichte verständlicher gestaltet werden bzw. in der Ausgestaltung zwischen unterschiedlichen Zielsetzungen und Zielpublikum unterschieden werden müsste. Die fehlende konstruktive Rückmeldung seitens des Ministeriums zur regelmäßigen Berichtsaktivität wird kritisiert.

In Bezug auf die ambulante Qualitätsberichterstattung sprechen sich einige der Expertinnen und Experten für deren Überarbeitung im Sinne einer umfassenderen, transparenteren, standardisierteren Ausgestaltung sowie Anpassung an das Zielpublikum aus. Die QBE soll außerdem in einer gemeinsamen Plattform für den intra- und extramuralen Bereich steuerungsrelevant für Bund, Länder, SV und ÖÄK sowie für Patientinnen und Patienten erfolgen, Ärztinnen und Ärzten als Referenzinformation dienen und internationalen Standards folgen. Die ÖQMED sieht das Entwicklungspotenzial der ambulanten QBE in der Ableitung von nächsten Schritten anhand der erhobenen Daten. Aus dem Qualitätsbericht abgeleitete Maßnahmen wären laut SV in einem einzurichtenden Qualitätsrat zu diskutieren. Die ÖÄK sieht den Anpassungsbedarf in der Zusammenführung und Veröffentlichung der Berichte aus den unterschiedlichen Sektoren inklusive Informationen, welche Schlüsse das BMSGPK auf dieser Basis ziehen und welche Aktivitäten es setzen wird.

Grundsätzlich befürworten einige der befragten Expertinnen und Experten eine sektorenübergreifenden QBE, allerdings ist die Umsetzbarkeit fraglich. Ein Stakeholder weist darauf hin, dass ein Ausbau der sektorenübergreifenden QBE nur bei entsprechenden und zu veröffentlichenden Schlüssen aus der darin enthaltenen Information sinnvoll sei. Andere Expertinnen und Experten sehen eine sektorenübergreifende QBE aufgrund der großen Unterschiede der einzelnen Sektoren kritisch, weswegen zueinander kompatible Berichte aus Teilbereichen als sinnvoller angesehen werden.

### Sichtbarmachen der Art der Prüfungsgrundlage auf den Zertifikaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (HF3/3)

Seitens verschiedener Expertinnen und Experten wurde diese Empfehlung als nicht sinnvoll erachtet, da es eine Ungleichbehandlung von Ärztinnen und Ärzten darstellt, die keine Einflussmöglichkeit auf die Art der Prüfung haben. Zusätzlich finden Validitätsprüfungen nicht ausschließlich als Stichprobe, sondern auch aufgrund von Beschwerden statt, sodass eine solche Ausweisung für Verwirrung sorgen könnte.

## 4.2.4 HF4 – Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit

### 4.2.4.1 Empfehlungen aus dem Vergleich aktueller Studien zur Qualitätssicherung

Auf das Handlungsfeld 4 „Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit“ beziehen sich vier Einzelempfehlungen des IHS, der LSE und des RH, die im Bericht von Weißenhofer/Piso (2019) zu drei Empfehlungen zusammengefasst wurden:

- » Weiterführen und Neuaufsetzen von einrichtungsübergreifenden Qualitätsverbesserungsinitiativen und Unterstützungsangeboten (HF4/1),
- » Verbesserungen bei und stärkere Verankerung der Weiterbildung im Rahmen der (Wieder-)Zulassung von Ärztinnen und Ärzten (HF4/2),
- » Priorisieren, Entwickeln und Umsetzen von integrierten Versorgungsprogrammen (HF4/3).

Die Empfehlungen adressieren primär das BMSGPK, sehen aber eine Mitwirkung der ÖQMED und der Zielsteuerungspartner:innen vor.

Auch in diesem Bereich stellt die ambulante Diagnosendokumentation laut Weißenhofer/Piso (2019) eine essenzielle Voraussetzung für einige Qualitätsverbesserungsinitiativen dar. Der **Zielzustand** nach Umsetzung der Empfehlungen wird folgendermaßen beschrieben: Es „ [...] *sollen Feedbackberichte (risiko-adjustiert) für einzelne Ärztinnen und Ärzte auf individueller Ebene mit regionaler Vergleichbarkeit sowie die Ergebnisse der Analyse von Good-Practice-Beispielen den jeweiligen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen. Außerdem sollen die Vorgaben für umsetzungsreife IV-Programme veröffentlicht werden. Als weitere Schritte werden die Umsetzung der integrierten Versorgungsprogramme sowie Sanktionen genannt, falls bei identifizierten Problemen in Ordinationen trotz Feedbackbericht, Unterstützungsmaßnahme und Information keine Verbesserung eintritt. Zudem werden Sanktionen bei Nicht-Einhalten von Weiterbildungsanforderungen angedacht.*“

Die ärztliche Weiterbildung ist kein Gegenstand dieses Berichts und wird daher im Folgenden nicht weiter behandelt.

## 4.2.4.2 IST-Stand und aktuelle Arbeiten im Handlungsfeld

### **Weiterführen und Neuaufsetzen von einrichtungsübergreifenden Qualitätsverbesserungsinitiativen und Unterstützungsangeboten (HF4/1)**

Die diesbezügliche Empfehlung wurde im bereits erwähnten IHS-Bericht geäußert. Dabei genannte Inhalte und Methoden waren u. a. CIRSmedical, das DMP Therapie Aktiv und Patientenbefragungen (Weißenhofer/Piso 2019). Das DMP Therapie Aktiv und die Thematik der Patientenbefragungen werden auch an anderer Stelle dieses Berichts behandelt. (vgl. Kapitel 4.2.2.2 und 4.2.3.3)

Das Fehlermelde- und Lernsystem CIRSmedical (Critical Incident Reporting System) wird von der ÖQMED betrieben. Über die Plattform ist es möglich, sicherheitsrelevante und/oder kritische Ereignisse in der Gesundheitsversorgung anonym zu melden. Die Fehlerberichte werden strukturiert aufbereitet und können öffentlich eingesehen werden. In den vergangenen Jahren wurden zu den drei Themen „Never Events – vermeidbare, unerwünschte Ereignisse von besonderer Relevanz – in CIRSmedical.at“, „Kommunikation im Gesundheitswesen“ und „Medikamentenfehler vermeiden – aus CIRSmedical lernen“ E-Learnings (mit DFP-Punkten) entwickelt (siehe auch <https://www.cirs-medical.at/e-learning>).

Die Empfehlung des LSE-Berichts fordert, die Nutzung von für Indikatoren gesammelten Daten für Unterstützungssysteme und Qualitätsinitiativen zu erhöhen. Als Beispiele werden Feedback-Systeme (z. B. Scorecards mit Risiko-Adjustierung), Pay for Performance oder Analysen für Good-Practice-Beispiele genannt. (Weißenhofer/Piso 2019)

Zum DMP Therapie aktiv sei an dieser Stelle festgehalten, dass das Programm seit 2007 in Österreich umgesetzt wird, aktuell sind knapp über 100.000 Personen österreichweit in das Programm eingeschrieben. (ÖGK 2022) Die im Bereich der Diabetes durchgeführten Qualitätszirkel (im Rahmen von A-OQI) bieten eine Möglichkeit des Austauschs zwischen Ärztinnen und Ärzten auch hinsichtlich Good Practice. Weiterführende Arbeiten können erst mit Umsetzung der elektronischen, codierten Diagnosendokumentation erfolgen. (GÖG 2021)

Andere angesprochene Projekte wie das ÖQA-Gütezeichen sind für das solidarisch finanzierte Versorgungsangebot von geringer Relevanz und werden an dieser Stelle nicht näher ausgeführt.

### **Priorisieren, Entwickeln und Umsetzen von integrierten Versorgungsprogrammen (HF4/3)**

Der RH stellte in seinem Bericht zum Thema integrierte Versorgungsprogramme fest, dass diese, obwohl beabsichtigt oder geplant, zum überwiegenden Teil nicht umgesetzt wurden. (Rechnungshof 2018)

Weißenhofer/Piso (2019) halten in ihrem Bericht fest, dass sich der Qualitätsstandard „Integrierte Versorgung Schlaganfall“, welcher der Umsetzung einer integrierten Versorgung dienen sollte, zum Zeitpunkt der Veröffentlichung im Freigabeprozess befand. (Weißenhofer/Piso 2019)

Zur Maßnahme des Bundes-Zielsteuerungsvertrags (2017–2021) „Fertigstellung, Festlegung und Veröffentlichung bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards für die Bereiche Diabetes und Schlaganfall und Prüfung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung“ fanden bis November 2021 keine weiteren Arbeiten statt, da die Voraussetzungen der codierten Diagnosen- und Leistungsdokumentation im gesamten ambulanten Bereich sowie die Umsetzungsvorbereitung eines elektronischen Leitdokuments nicht gegeben waren. Die Arbeiten sind aktuell ruhend gestellt. Eine Wiederaufnahme der diesbezüglichen Arbeiten ist seitens des BMSGPK erst Anfang 2023 möglich und hängt maßgeblich vom Fortschritt hinsichtlich Diagnosen- und Leistungsdokumentation und versorgungsübergreifender digitaler Dokumentation ab. (GÖG 2021)

Bezüglich des elektronischen Leitdokuments gemäß Rahmenkonzept wurde seitens der ELGA GmbH ein Konzept vorgelegt. Die Arbeiten, die demnach für 2022 vorgesehen sind, wurden seitens der FG eHealth und FG VP empfohlen. (GÖG 2021)

#### 4.2.4.3 Positionen und Sichtweisen der Expertinnen und Experten/Stakeholdervertretungen

##### **Weiterführen und Neuaufsetzen von einrichtungsübergreifenden Qualitätsverbesserungsinitiativen und Unterstützungsangeboten (HF4/1)**

Die Stakeholder:innen wurden zu ihren Sichtweisen zum Aufbau von Feedback-Systemen für Ärztinnen und Ärzte, Interventionen bei Qualitätsverfehlungen sowie zum Pay-for-Performance-Ansatz zur Verbesserung der Qualität befragt.

Grundsätzlich wurde die Idee eines Feedbacks für Ärztinnen und Ärzte – die Wahl der richtigen Indikatoren vorausgesetzt – von einigen Expertinnen und Experten als sinnvoll erachtet. Seitens der Patientenanwaltschaft wurde die Verwendung der Ergebnisse intern (zum Vergleich zwischen Kolleginnen und Kollegen) sowie extern in Qualitätsberichten (zur Orientierung für die Patientinnen und Patienten) befürwortet.

Laut einem Experten der Bundesländer kann eine Art „Benchmark“ etwa pro Region oder Fach ein „*wichtiges Korrektiv*“ darstellen. Auch merkte eine Expertin an, dass es auch bei Peer-Review-Verfahren Konsequenzen geben müsse.

In diesem Zusammenhang wurden seitens der Stakeholder:innen auch die Qualitätszirkel adressiert. Diese stellen laut einem Experten einen wichtigen ersten Schritt dar, müssen aber weiterentwickelt, „organisatorisch auf andere Beine gestellt werden“ und können ein Peer-Review-Verfahren nicht ersetzen. Ein anderer Experte brachte ein, dass auf Landesebenen durch die Einführung der Peer-Reviews im Rahmen von A-IQI ein positiver Wandel der Einstellung zu diesen Audits stattgefunden hätte. Diese Schritt wäre auch im Bereich der niedergelassenen ärztlichen Versorgung wünschenswert und würde bei Diabetes noch nicht funktionieren. Eine weitere Expertin ergänzte, dass die den QZ zugrunde liegenden Auswertungen aufgrund der ungünstigen Datenlage nur begrenzt möglich seien.

Die Rückmeldungen der SV zum Verschreibungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte wurden als Feedbacksystem an die Ärzteschaft von den Expertinnen und Experten unterschiedlich bewertet (teils befürwortet / teils abgelehnt).

Auf die Frage, wie die einzelnen Expertinnen und Experten zu Interventionen bei (wiederholten) Qualitätsverfehlungen stehen, wurden von verschiedenen Seiten die bereits bestehenden Interventionsmöglichkeiten (Mängelbehebungsaufträge, disziplinarrechtliche Regelungen von Vertragskündigungen bis Entzug der Berufsberechtigung, Entzug des Kassenvertrags) aufgelistet. Als mögliche weitere Interventionen wurden Weiterbildung, Ermahnung und zeitweise Schließung der Ordination vorgeschlagen, da aus Sicht eines Experten das Disziplinarverfahren nicht zur Qualitätssicherung geeignet ist. Die SV hielt allerdings dazu an, auf eine konsensuale Qualitätsverbesserung hinzuwirken.

Es gab kritische Äußerungen in Bezug auf den Pay-for-Performance-Ansatz und dessen mögliche qualitätssichernde Auswirkungen. Zunächst wurde seitens der Expertinnen und Experten festgestellt, dass ein solches System ohne Ergebnisqualitätsmessung nicht sinnvoll sei, die Durchführung komplex sei (z. B. Zuordnung der Honorierung zu bestimmten GDA bei Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten) und möglicherweise falsche Anreize setzen könnte.

Als mögliches alternatives Zukunftsmodell wurde die Value-Based Healthcare aufgebracht.

#### **Priorisieren, Entwickeln und Umsetzen von integrierten Versorgungsprogrammen (HF4/3)**

Die Stakeholder:innen wurden zu ihren Sichtweisen zur Priorisierung, Entwicklung und Umsetzung von integrierten Versorgungsprogrammen gefragt.

Seitens einiger Expertinnen und Experten wurde die Sinnhaftigkeit der Entwicklung und Umsetzung von integrierten Versorgungsprogrammen betont. Als Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung von DMP wird von einigen Stakeholderinnen und Stakeholdern insbesondere die Motivation zur Teilnahme seitens der Ärztinnen und Ärzte genannt. Eine Expertin wies darauf hin, dass sich durch die COVID-19-Pandemie, welche Ärztinnen und Ärzte bereits vor große Herausforderungen stelle, die Einforderung von Zusatzleistungen besonders schwierig gestalte. Die Vorschläge, wie eine erhöhte Teilnahme dennoch gelingen könnte, reichten von positiven Anreizen finanzieller Natur bis zu einer Verpflichtung zur Teilnahme. Verschiedene Expertinnen und Experten sahen die Entwicklung von Konzepten zur Steigerung der Motivation im Aufgabenbereich der SV.

Als Herausforderung wurde seitens einer Expertin außerdem die technische Umsetzung genannt, welche derzeit den Prozess deutlich verlangsamt, aber bei erfolgreicher Etablierung auch eine Chance für zukünftige DMP darstellen könnte. Auch wurde die Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe in integrierte Versorgungsprogramme als relevanter Aspekt genannt.

Als Lernerfahrung aus bestehenden Programmen brachte ein Vertreter des Wissenschaftlichen Beirats ein, dass bei der Entwicklung ein breiter Stakeholderkreis miteinzubeziehen wäre, um die „Akzeptanz der Programme zu steigern und Ängste abzubauen“.

Als mögliche Krankheitsbilder, welche sich aus Sicht der Stakeholder:innen für die Entwicklung integrierter Versorgungsprogramme eignen, wurde ein breites Spektrum genannt. Eine Expertin der Bundesländer hielt fest, dass grundsätzlich „alle chronischen Erkrankungen (...), die eine komplexe Behandlungsstruktur erfordern,“ möglich wären und dass es in Österreich viel Entwicklungspotenzial gebe, da zu wenig Fokus auf chronische Erkrankungen im niedergelassenen Bereich gelegt werde. Auch aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats kämen hier eine Vielzahl chronischer Zivilisationskrankheiten infrage, wobei dies mit Stakeholderinnen und Stakeholdern abzuklären wäre.

## 4.2.5 HF5 – Verbindliche Standards

### 4.2.5.1 Empfehlungen aus dem Vergleich aktueller Studien zur Qualitätssicherung

Für das Handlungsfeld „Verbindliche Standards“ werden von Weißenhofer/Piso (2019) drei Empfehlungen aus vier Einzelempfehlungen des Rechnungshofberichts formuliert:

- » Klären von Begriffen und Vornehmen einer Kategorisierung (HF5/1),
- » Entwickeln und Verbindlichmachen von (Qualitäts-)Standards (als Leitlinie oder Richtlinie) sowie der berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme sowie das Sicherstellen von deren Einhaltung (HF5/2),
- » Rechtzeitiges Aktualisieren bestehender (Qualitäts-)Standards bzw. eine rechtzeitige Veröffentlichung als Leitlinie oder Richtlinie (HF5/3).

Die Empfehlungen sind an das BMSGPK gerichtet, die Zielsteuerungspartner:innen sowie die GÖG sind als mitwirkende Stellen für das Erarbeiten einer zweckmäßigen Kategorisierung von Qualitätsstandards genannt.

Die Empfehlungen verfolgen das Ziel, „zu der Veröffentlichung einer aktualisierten Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (mit geklärten Begriffen) und der Veröffentlichung von Standards (Qualitätsstandards, Mindestanforderungen) mit klarer Verbindlichkeit zu führen, die rechtzeitig aktualisiert werden. Zudem sollen in weiterer Folge periodische Berichte über die Umsetzung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement-systeme vorliegen.“ (Weißenhofer/Piso 2019)

### 4.2.5.2 IST-Stand und aktuelle Arbeiten im Handlungsfeld

Seit den Empfehlungen des Rechnungshofes wurden folgende Arbeiten im Bereich der Qualitätsstandards nach QQG umgesetzt:

## Qualitätsstandards

Die Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards (Methodenhandbuch) wurde in einer Version 2.0. (BMSGK 2019) mit einer Gültigkeit bis 4/2024 veröffentlicht, zudem wurden Qualitätsstandards bzw. Bundesqualitätsleitlinien erarbeitet bzw. aktualisiert.

Das Methodenhandbuch hält fest, dass mit „*Qualitätsstandards [...] in erster Linie bundesweite ‚Mindestanforderungen‘ in der Patientenversorgung festgelegt werden [sollen]. Darüber hinaus können in Qualitätsstandards, insbesondere für Handlungsfelder mit großem Interventions- und Entwicklungspotenzial, zusätzlich auch Ziele im Sinne einer optimalen Versorgung formuliert werden. Empfohlene Maßnahmen sollen hinsichtlich des erhofften Effektes möglichst evidenzbasiert und realistisch umsetzbar sein. Die konkrete Umsetzung der Empfehlungen erfolgt jeweils auf Basis der regionalen Rahmenbedingungen.*“ (BMSGK 2019, S. 2) Ein weiterer Bezug zum Verbindlichmachen der Qualitätsstandards wie im GQG festgelegt, erfolgt nicht. Ziele und Nicht-Ziele werden näher ausgeführt. Das GQG ist seit Erscheinen des RH-Berichts unverändert gültig.

Mit Stand Februar 2022 sind folgende Qualitätsstandards gültig:

Tabelle 4.1:  
Übersicht Qualitätsstandards gemäß GQG

Titel	Gültigkeit	Eckdaten	
<b>Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards (Methodenhandbuch)</b>	4/2024		Website BMSGPK und Website GÖG
<b>BQLL Präoperative Diagnostik (PRÄOP, Version 2018) (BMSGK 2018a)</b>	veröffentlicht 12/2018 (gültig max. 5 Jahre)	Aktualisierte Fassung	Website BMSGPK und Website GÖG
<b>BQLL/QS AUFEM (BMSGK 2018b)</b>	veröffentlicht 12/2018 (gültig max. 5 Jahre)	aktualisierte Fassung	Website BMSGPK und Website GÖG
<b>QS Patient Blood Management (BMSGPK 2021b)</b>	12/2024	Evaluierung Q1/2 /2023, Aktualisierung bis Ende Q4/2024	Website BMSGPK und Website GÖG
<b>QS Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene (2016) (BMSGPK 2021a)</b>	Ende 2023	Evaluierung erfolgt	Website BMSGPK und Website GÖG
<b>QS Rückenschmerz (BMSGPK 2020)</b>	veröffentlicht 4/2020 (gültig max. 5 Jahre)		Website BMSGPK und Website GÖG

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Weitere Qualitätsstandards befinden sich aktuell in Er- bzw. Überarbeitung bzw. im öffentlichen Konsultationsprozess. Hierzu zählen der QS IV Schlaganfall, QS Vorsorgekoloskopie, QS Antiinfektiva-Anwendung in Krankenanstalten, QS Wundmanagement (Arbeitstitel). Der QS IV Diabetes mellitus Typ 2 ist aufgrund der erforderlichen Vorarbeiten im Bereich der ambulanten Diagnosen-

und Leistungsdokumentation und der digitalen Dokumentation aktuell ruhend gestellt. Die Gültigkeit des QS Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie ist aktuell abgelaufen.

Hinsichtlich der Verbindlichkeit dieser Qualitätsstandards wurden keine weiteren Festlegungen getroffen. Die Begrifflichkeiten im GQG sind seit der Prüfungsperiode des RH-Berichts unverändert gültig.

### **Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme**

Die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages (B-ZK 2014) sind unverändert gültig. Die Qualitätsstrategie (BMGF 2017a) schreibt das Ziel fest, dass die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement bei allen GDA umgesetzt werden. Durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse (FG VP) wurde eine Priorisierung jener Berufsgruppen vorgenommen, für die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme erarbeitet werden sollen. (Weißenhofer/Piso 2019) Arbeiten fanden hier im Jahr 2020 zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement für Hebammen in einer Zusammenarbeit des Österreichischen Hebammengremiums und der GÖG statt.

Zusammenfassend kann zum IST-Stand festgehalten werden, dass Arbeiten sowohl im Bereich der Qualitätsstandards als auch der berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme stattgefunden haben. Fragen zu deren Verbindlichmachung, aber auch der Klärung von Begrifflichkeiten/Kategorisierungen wurden nicht weiter bearbeitet.

### **4.2.5.3 Positionen und Sichtweisen der Expertinnen und Experten/Stakeholdervertretungen**

Die Stakeholdervertretungen und Expertinnen sowie Experten wurden zu ihren Positionen bzw. Sichtweisen zum Verbindlichmachen der Qualitätsstandards sowie generell zu der Thematik Qualitätsstandards und Leitlinien mit Bezug zur Qualität der gesundheitlichen Versorgung befragt.

Dem Thema Qualitätsstandards/Leitlinien stehen alle Befragten positiv gegenüber, sie seien „eine Versicherung der Qualität“, formuliert die Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats. Hervorgehoben wurde von mehreren Seiten die Notwendigkeit der Aktualität und der Akzeptanz der Qualitätsstandards und Leitlinien. Diese zu entwickeln und aktuell zu halten, sei aufwendig. Expertinnen und Experten verweisen mit Blick auch auf Indikatoren zur Messung der Qualität auf internationale etablierte Programme.

Die Meinungen der Expertinnen und Experten hinsichtlich des Verbindlichmachens der Qualitätsstandards sind geteilt: Von mehreren Seiten wird postuliert, dass die Erarbeitung der Qualitätsstandards unter Einbindung „einer breiten Basis“, „aller Systempartner“ oder auch explizit „der Ärztekammer“ und der „Patientenanzwaltschaft“ erfolgen sollte – dies würde die Akzeptanz durch die Anwender:innen sicherstellen. Eine hohe Akzeptanz sei Voraussetzung für die entsprechende Anwendung in der Praxis. Ärztinnen und Ärzte seien allein schon aus Haftungsgründen dazu

berufen, leitliniengerecht zu handeln. Mehrfach wird auch die Frage in den Raum gestellt, wer eine Einhaltung der Qualitätsstandards überprüfen sollte. Ein Teil der Expertinnen und Experten befürwortet jedoch das Verbindlichmachen der Qualitätsstandards durch den Bund, da die Inhalte die gesamte Ärzteschaft (und nicht nur Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) bzw. weitere GDA betreffen. Die Möglichkeiten, dies umzusetzen, sieht das GQG vor.

Eine Expertin des BMSGPK meinte, dass die Praxis gezeigt habe, dass das Verbindlichmachen von Qualitätsstandards via Verordnung zum GQG nicht zielführend sei. Qualitätsstandards seien regelmäßig zu aktualisieren, eine Verordnung wäre hier zu starr. Bereits im Bericht des Rechnungshof (2018) hält das Gesundheitsministerium sinngemäß fest, dass die Qualitätsstandards von den Zielsteuerungspartnerinnen und -partnern gemeinsam erarbeitet und abgenommen werden und eine weitere verpflichtende Vorgabe nach GQG als nicht zweckmäßig und zielführend erachtet wird. Medizinisches Handeln müsse dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung entsprechen, dies könne das Ministerium nicht determinieren, sondern nur empfehlen. Die Expertin meinte, dass eine generelle Verpflichtung zur Berücksichtigung der Qualitätsstandards (analog der Verpflichtung zur Qualitätsberichterstattung nach KAKuG) zielführender wäre.

Mit Blick auf die Methode zur Erstellung der Qualitätsstandards hielt eine Stakeholdervertretung fest, dass *„Begriffe und Definitionen sowie Rollen und Entscheidungsfindungsprozesse bei der Erstellung von Qualitätsstandards im Rahmen des GQG“* in den Methoden zur Erstellung von Qualitätsstandards näher auszuführen wären.

### 4.3 Ergebnisse zu Entwicklungsbedarf aus Sicht der Stakeholder:innen

Zusätzlich zu den größten Herausforderungen in der QA für niedergelassene ärztliche Ordinationen, der generellen Einschätzung des Rahmens für QS und den Einschätzungen zu den zusammenfassenden Empfehlungen zu den fünf o. g. Handlungsfeldern wurde noch abgefragt, ob über diese Punkte hinaus noch etwas ergänzt werden möchte. Weiterer Entwicklungsbedarf über die formulierten Handlungsfelder und Themenbereiche der Empfehlungen wurde nicht rückgemeldet.

Zusammenfassend zeigen sich damit aus den Interviews mit den Stakeholderinnen und Stakeholdern die folgenden vordergründigsten Entwicklungsbedarfe im Bereich der Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich:

- » die ‚unabhängige‘ Organisation/Governance der QS im niedergelassenen ärztlichen Bereich und die Entwicklung einer gesamthaften Qualitätsstrategie,
- » die Einführung einer Diagnosen- und Leistungsdokumentation im niedergelassenen ärztlichen Bereich als Basis für weitere Qualitätsarbeiten,
- » das Thema der Transparenz und Qualitätsberichterstattung, wobei hier ein Fokus auf die Patienteninformation gelegt wurde, sowie
- » die Nutzung von Qualitätsmanagementsystemen in Arztpraxen.

Zu diesen Themenbereichen werden im Kapitel 5 Beispiele zur Ausgestaltung in anderen europäischen Ländern, aber auch Empfehlungen und Anregungen der internationaler Experten dargestellt.

#### 4.4 Ergebnisse zu Entwicklungsbedarf aus Sicht der Fachgruppen und Fachgesellschaften

Großteils erachten die Fachgruppen die ohnehin vorhandenen QS-Maßnahmen, die in der QS-VO geregelt sind und durch die ÖQMED kontrolliert werden, als ausreichend. In Ergänzung dazu wurden die folgenden zusätzlichen QS-Maßnahmen, die über die bestehenden Regelungen hinausgehen, von einzelnen Fachgruppen und Fachgesellschaften im Rahmen der E-Mail-Befragung angemerkt:

- » verpflichtende Einführung von QM-Tools im niedergelassenen Bereich, wie z. B. CIRS in Krankenanstalten
- » bessere EDV-Vernetzung und Schnittstellenmanagement und weitere Digitalisierungsmaßnahmen als Unterstützung
- » spezifische Weiterbildungen (mit DFP-Diplom)
  - zur Behandlung spezieller Patientengruppen, zur Patientenbetreuung und Patientenführung bei langwierigen Therapien, zu Verhalten und diplomatischer Verhandlungsführung bei Konflikten im Rahmen der Therapie,
  - zu speziellen Fachthemen,
  - hinsichtlich wirtschaftlicher Praxisführung und Investitionsverhalten bei Praxisgründungen
- » eigene Diplome für spezifische Weiterbildungen
- » klare Orientierung an AWMF-Leitlinien

Neben diesen Punkten wurden u. a. aber auch Maßnahmen mit Bezug zur Verbesserung des quantitativen Leistungsangebots (Versorgungsstrukturen, Attraktivität der niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Finanzierung), aber auch des Rahmens für die ärztliche Tätigkeit (Anpassung der gesetzlichen Regelungen an die Realität, Stärkung der Selbstverwaltung und Zuordnung der Befugnisse im Bereich der QA an die Ärzteschaft) genannt.

## 5 Maßnahmen der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich – internationale Beispiele

Zu den in Kapitel 4.3 dargestellten Bereichen mit – aus Sicht der interviewten Expertinnen und Experten und Stakeholder:innen – besonderem Handlungsbedarf werden in folgendem Kapitel die fachliche Expertise und Erfahrungen aus der Qualitätsarbeit für den niedergelassenen ärztlichen Bereich in Deutschland und der Schweiz dargestellt und Beispiele zur Ausgestaltung von Maßnahmen der QA in anderen europäischen Ländern gegeben.

### 5.1 Perspektiven internationaler Experten

Die Einholung internationaler fachlicher Expertise zum Bereich der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich aus Deutschland und der Schweiz soll eine externe Sichtweise auf das System der QA und allfällige Lernerfahrungen aus anderen Systemen bzw. internationalen Good-Practice-Beispielen ermöglichen. Wie in Kapitel 3.2 ausgeführt, gaben Univ. Prof. Dr. Bernhard Güntert (Vizepräsident der Eidgenössischen Qualitätskommission, Schweiz), Dr. med. Christof Veit (Leiter des BQS – Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, Deutschland) und Hon.-Prof. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz (vormaliger Präsident der Berliner Ärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (zuständig für den Bereich Qualitätssicherung in der Medizin) Stellungnahmen und Input. Dabei wurde zum Teil explizit darauf verwiesen, dass die Stellungnahmen eine externe Sichtweise anbieten, die aufgrund der Erfahrungen in einem etwas anderen Kontext eine „Zweitmeinung“ abbilden.

#### Der Qualitätsbegriff aus Sicht unterschiedlicher Professionen/Stakeholdergruppen

Obwohl die Aktivitäten der ÖQMED in Interviews mit Expertinnen und Experten bzw. Stakeholdervertretungen weitgehend positiv bewertet werden, wird andererseits bei der Ärzteschaft eine Qualitätskultur bzw. Qualitätsinitiative vermisst.

Hierzu hält Prof. Güntert, Vizepräsident der schweizerischen Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) fest, dass seiner Erfahrung mit der schweizerischen Ärzteschaft nach *„diese sehr wohl an Qualität interessiert ist, allerdings den Begriff aus klinischer und oft auch aus Patientensicht und als Profession definiert. Ärztinnen und Ärzte erbringen konkrete Leistungen an konkreten Patientinnen und Patienten. Diese werden auch abgegolten. Der Erfolg oder besser das Behandlungsergebnis ist jedoch von vielen Faktoren abhängig, die nicht allein bei den Leistungserbringerinnen und -erbringern liegen, sondern in der Arzt-Patient-Beziehung und -Kommunikation sowie zum Großteil bei den Patientinnen und Patienten selbst (Health Literacy) und ihrem Umfeld sowie weiteren externen Einflüssen. Andere Stakeholder:innen sehen im Begriff ‚Qualität‘ andere Inhalte und möchten oft auch Transparenz der Ergebnisqualität auf Stufe der einzelnen Leistungserbringer:innen. Eine solche lässt sich jedoch heute mangels geeigneter Indikatoren und*

*Standardisierungsansätze noch nicht herstellen. Die Rolle der Patientinnen und Patienten als Co-Produzentinnen und Co-Produzenten ihrer Gesundheit kann (statistisch) nicht angemessen berücksichtigt werden (vgl. auch Kapitel 4.2.3.2)“.* (Güntert 2022)

Hon. Prof. Jonitz, vormaliger Präsident der Berliner Ärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (zuständig für den Bereich Qualitätssicherung in der Medizin), erklärt mit Bezug zur Qualitätskultur, dass Qualität nicht „er-kontrolliert“ werden könnte. Die Gesundheitsberufe hätten eine hohe intrinsische Motivation und Überzeugung von „der Richtigkeit und dem Nutzen“ ihres Handelns. Kritik bzw. Feedback würde oftmals persönlich genommen. Daher bräuchte es Aufklärung über das „Warum“ sowie „die Verbindung mit zentralen Prinzipien ärztlicher Professionalität, anwenderfreundliche und hilfreiche Verfahren (Praxistest, best-practice-Beispiele), aktive Beteiligung der Akteure (Prinzip der gemeinsamen Verantwortung), verlässliche politische Führung und positive, ermutigende Beispiele.“ So könne die Akzeptanz für Qualitätsarbeit geschaffen werden (Jonitz 2022)

Mit Bezug zur Schaffung einer Qualitätskultur und Motivation, schlägt Hon. Prof. Jonitz vor sich positiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und besondere Erfolge bzw. Qualitätsinitiativen im Rahmen von Konferenzen und Events vorzustellen. In „guter Atmosphäre“ kämen auch die anspruchsvolleren Themen zum Vorschein und könnten weiter diskutiert werden. (Jonitz 2022)

### Konkrete Maßnahmen der Qualitätssicherung

Vorliegender Bericht gibt in Kapitel 2 einen Überblick der Qualitätsarbeit mit Bezug zum niedergelassenen ärztlichen Bereich, wobei einerseits die Komponenten der Qualitätsarbeit auf Basis rechtlicher Regelungen, sowie auf Initiative der Steuerungsebene dargestellt werden, aber auch Qualitätsinitiativen einzelner Fachgruppen bzw. -gesellschaften für ausgewählte Leistungsbereiche dargestellt werden.

Dr. Veit, Leiter des deutschen BQS – Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH, hält hierzu fest, dass der vorliegende Bericht *„die Vielzahl der fakultativen und verpflichtenden Maßnahmen für die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich in Österreich dar[stellt], die die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich regeln – und sie scheinen sehr viel von alldem abzudecken, was es derzeit in der Qualitätsdiskussion gibt. Der Durchdringungs- und Implementierungsgrad der geschilderten Maßnahmen ist allerdings nicht immer nachzuvollziehen [..]“,* daher seien *„die Maßnahmen [..] für einen externen Betrachter in ihrer Wirksamkeit nur schwer einzuordnen.“* Er regt daher an, die Maßnahmen *„nicht von ihrem institutionellen Ursprung her, sondern nach ihrem Zweck und ihren Modalitäten zu sortieren.“*

Dafür schlägt er vor, Maßnahmen der Qualitätsarbeit nach folgenden drei Ebenen zu clustern

- » **„Bezugsebene:** *Zunächst ist zu unterscheiden, ob die Einrichtungen zu Maßnahmen der Qualitätssicherung aufgefordert werden (Indirekte Maßnahmen), oder ob Anforderungen an die Patientenversorgung gestellt werden (Versorgungsbezogene Maßnahmen):*
  - » Maßnahmen, die Anforderungen an die Qualitätsarbeit stellen, die sich also auf das Management von Qualität beziehen oder

- » Maßnahmen, die Anforderungen an die Versorgungsqualität stellen.
- » **Steuerungsebene:** *Die zweite wichtige Unterscheidung ist das Maß, in dem anhand der Ergebnisse externe Handlungskonsequenzen wirksam werden, oder ob das Handeln oder Nichthandeln den Einrichtung selbst überlassen wird:*
  - » Freiwillige oder verpflichtende Maßnahmen (z. B. Pflicht zur Eigenevaluation oder zu Erfüllung von Mindestanforderungen bei der medizinischen Versorgung),
    - » die bei mangelnder oder fehlender Umsetzung
      - » zu keinen Sanktionen führen
      - » zu abgestuften Sanktionen führen bis zum Leistungsausschluss,
    - » die bei vorbildlicher Umsetzung
      - » den Versorgenden z. B. durch Transparenz wettbewerbliche oder finanzielle Vorteile bringen.
- » **Transparenzebene:** *Hinsichtlich der Transparenz der Ergebnisse kann folgende Unterscheidung hilfreich sein:*
  - » interne Maßnahmen, deren Ergebnisse vertraulich in den Einrichtungen verbleiben
  - » Maßnahmen, deren Ergebnisse externen Expert:innen (meist Peers) in einem vertraulichen Verfahren zur vergleichenden Bewertung zur Verfügung gestellt werden. Eine Offenlegung der Einzeleinrichtung innerhalb des Verfahrens erfolgt nur, wenn größere Auffälligkeiten aufgetreten sind, denen nachgegangen werden muss.
  - » Maßnahmen, bei denen nicht nur die Gesamt-, sondern auch die Einzelergebnisse der Einrichtungen veröffentlicht werden.

*Sortiert man die vielfältigen Verfahren in dieses Raster, so wird man sehen, wie das Maßnahmenbündel derzeit zusammengesetzt ist und ob bestimmte Maßnahmen künftig verstärkt eingesetzt werden sollen.“ (Veit 2022)*

Mit Bezug auf Maßnahmen der QA und der künftigen Entwicklung von QA meint Dr. Veit mit Blick auf Deutschland, dass es hier *„die Tendenz gegeben [hat], die anfangs bestehenden Inseln der Qualitätssicherung in größere Einheiten zusammenzubringen und nach einheitlicheren Regeln zu gestalten, um deren Machbarkeit und Transparenz zu erhöhen. Inzwischen wird nun angestrebt, Verbindungen der Qualitätssicherung zum Beispiel zu den Krebsregistern oder dem Deutschen Implantatregister (IRD, im Aufbau) herzustellen und die Versorgungsqualität bei der Steuerung des Gesundheitswesens in größerem Umfang zu berücksichtigen. Denn künftig wird es zunehmend nicht nur um die Leistungen einzelner Versorger gehen, sondern vor allem auch um regionale Systemqualität für die Patient:innen und Bürger:innen der jeweiligen Region. Darauf muss sich die Qualitätssicherung schrittweise vorbereiten, es sind viele Hürden zu überwinden. Zentrale und dezentrale Aktivitäten müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen und miteinander kompatibel sein. Zumindest in Deutschland steht das Gesundheitswesen vor sehr großen Herausforderungen (Altersentwicklung der Bevölkerung, ländliche Versorgung, große Qualitätsunterschiede in kritischen Versorgungsbereichen, Mangel an Mitarbeitenden und an finanziellen Ressourcen, Umsetzung der Digitalisierung gleichzeitig als neues Problem und als Hilfsmittel der Zukunft). Hier sollen das Qualitätsmanagement, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, das Qualitätsmonitoring und medizinische Register hilfreiche Dienste leisten, denn medizinische Versorgungsqualität ist ein sehr hohes gesellschaftliches Gut. Dazu muss*

*irgendwann die Entscheidung fallen, dass allein die Fokussierung auf einzelne Leistungserbringer und deren Förderung und vergleichende Bewertung nicht ausreichen wird. Das Gesundheitswesen braucht eine fördernde Qualitätskultur, die selbstkritisch und transparent ist. Zusätzlich werden zur Steuerung des Gesundheitswesens zunehmend quantitative Informationen zur Versorgungsqualität, insbesondere auch zur regionalen Systemqualität der Versorgung, benötigt. Dies muss in den heutigen Konzepten vorbereitet und schrittweise umgesetzt werden – auch wenn der Bogen sehr weit gespannt zu sein scheint.“ (Veit 2022)*

### **Einheitliche Kodierpraxis**

Zu der Kodierung von Diagnosen, aber auch Prozeduren hält Dr. Veit fest, dass eine „*einheitliche Kodierpraxis [...] auf der Basis von Kodierrichtlinien ist eine wesentliche Voraussetzung [ist], wenn man eine Leistungserbringerübergreifende ggf. auch sektorenübergreifende Qualitätssicherung etablieren möchte. In Deutschland gibt es dies [Anm. einheitliche Kodierung für Diagnosen und Prozeduren] bereits für den stationären Bereich, für den ambulanten Bereich gilt dies derzeit nur für sektorenübergreifende QS-Verfahren, wie z.B. PCI-Verfahren, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich durchgeführt und daher auch in gleicher Weise dokumentiert und qualitätsgesichert werden.“ (Veit 2022)* Eine einheitliche Kodierpraxis für das gesamte Gesundheitswesen hält Dr. Veit künftig für unabdingbar.

Hon. Prof. Jonitz meint zum Thema Diagnose- und Leistungsdokumentation, dass diese „*eigentlich Kernbestandteil ärztlicher Berufspflichten und somit nichts Neues [wäre]. Entscheidend [sei] die anwenderfreundliche Verschlüsselung und die Anwendung der Daten. Zu Ersterem [Anm. Anwenderfreundliche Verschlüsselung] scheint das Modell aus Dänemark interessant zu sein. Zu Zweitem gilt, dass Daten für die Qualitätsverbesserung, [d. h.] das professionelle und systematische Lernen eingesetzt werden sollten.“ (Jonitz 2022)*

### **Unabhängigkeit der Qualitätssicherung**

Zu der Forderung nach einer unabhängigen Neuausrichtung der Qualitätssicherung (vgl. Kapitel 4.2.1) hält Prof. Güntert fest, dass aus seiner Perspektive eine Präzisierung der unabhängigen Neuausrichtung unklar bleibt: Handelt es sich um eine unabhängige Agentur zur Dokumentation von gemessenen Qualitätsindikatoren und Qualitätsaktivitäten und deren Überprüfung oder aber um eine Agentur zur Weiterentwicklung der Qualitätsbemühungen durch Förderung von Forschung und Pilotprojekten? Möglichkeiten einer Trägerschaft oder Form einer derartigen Agentur werden im Anschluss diskutiert. Aufgrund der aktuellen Erfahrungen mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) in der Schweiz meint Prof. Güntert, dass eine gemeinsame Organisation der Stakeholder:innen zur Qualitätssicherung vielversprechender in Hinblick auf die Entwicklung der Qualitätsarbeit wäre als ein stakeholderübergreifender Qualitätsrat. Letzterer kann wohl nur eine beratende Funktion haben und ist damit für die Umsetzung von bestehenden Organisationen abhängig. Erstere hingegen könnte auch Rahmenbedingungen vorgeben und regelnd auf die Leistungserbringer:innen einwirken. Wichtig ist auf jeden Fall, dass die Beziehung zu bestehenden Organisationen geklärt und deren Tätigkeitsfelder und Aufgaben aufeinander abgestimmt werden. (Güntert 2022)

Hinsichtlich des Vorschlags für eine unabhängige Neuausrichtung der Qualitätssicherung und der seitens der Expertinnen und Experten sowie Stakeholdervertreter:innen diskutierten Governancestruktur (vgl. Abbildung 4.1) merkt Prof. Güntert an, dass die Beteiligung der Patientinnen und Patienten nur marginal diskutiert wird. Die Sozialversicherung vertritt nicht unbedingt die Interessen der Patientinnen und Patienten. Im Zusammenhang mit Qualität hätte aber gerade die Patientenperspektive eine sehr große Bedeutung. (Güntert 2022)

Dr. Veit hält zu der Unabhängigkeit der QS fest, dass in Deutschland „im Jahr 1992 [.. von der] Ärztekammer Hamburg [zusammen] mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und den Kostenträgern eine Arbeitsgemeinschaft (EQS Hamburg) zur gemeinsamen Durchführung einer externen Qualitätssicherung“ vor dem Hintergrund gegründet wurde, dass „die medizinische Qualitätssicherung nicht rein eine interne Berufsaufsicht sein kann, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur in gemeinsamer Trägerschaft neutral und verantwortungsvoll umgesetzt werden könne. In den Jahren seither hat sich die vergleichende Qualitätssicherung in Deutschland erheblich weiterentwickelt. Inzwischen sind alle Institutionen der gesetzlichen Qualitätssicherung als neutrale Organisationen gestaltet, die unabhängig sind von den großen Parteien des Gesundheitswesens. Stattdessen treffen sich unter dem neutralen Dach die verschiedenen Akteure zur gemeinsamen Gestaltung und Umsetzung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Inzwischen sind auch die Vertretungen der Patient:innen sowie der Pflege integriert.“ Trotzdem würden „fachliche Festlegungen [..] in Gremien getroffen, in denen ärztlicher Sachverstand stets die absolute Mehrheit hat. Aber es sind eben Ärzte und Ärztinnen der Ärzteverbände, der Träger, der Kostenträger und auch der Patientenvertretung, die hier mit entsprechender Fachkompetenz die Weiterentwicklung der Verfahren gestalten. Bei den Diskussionen lässt sich die Zugehörigkeit zu einer der Gruppen fast nie heraushören. Aber durch diese Konstellation ist eine fachlich saubere Gestaltung der Inhalte und der Bewertungen eben sehr viel mehr geeignet.“ Weiter hält er fest, dass „Ärztekammern [..] Organisationen [sind], deren primäre Aufgabe es ist, die Interessen der Ärzte zu vertreten. Dabei erfüllen Ärztekammern eine sehr wichtige Rolle in der Gesellschaft. Aber in Fragen kritischer Qualitätsprüfung wird ihre Neutralität stets anzuzweifeln sein, weil ihre Vertreter eben per Amt Ärzteinteressen vertreten müssen – das lässt sich nicht treffen. Unter dem Dach einer neutralen Organisation können sie das tun im Zusammenspiel mit anderen wichtigen Akteuren des Gesundheitswesens. Diese Neutralität ist für die Vertrauensbildung in der Öffentlichkeit wichtig und in Deutschland inzwischen ein unverzichtbarer Teil der gesetzlich verankerten Qualitätssicherung geworden.“ (Veit 2022)

Kritisch hinsichtlich einer Veränderung der Verortung der Qualitätssicherung äußert sich hingegen Hon. Prof. Jonitz, vormaliger Präsident der Berliner Ärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer (zuständig für den Bereich Qualitätssicherung in der Medizin). Er stellt das Prinzip „Betroffene zu Beteiligten machen“ in den Vordergrund. Dieses gelte auch in der politischen Umsetzung. „Der ÖÄK die ÖQMED nicht zu belassen, wäre aus meiner Sicht falsch. Die Akzeptanz von QM-Maßnahmen würde darunter leiden.“ Hingegen hielte er es für sinnvoller, der ÖÄK bzw. ÖQMED „bessere Aufgaben zu übertragen (Förderung peer review, Anwendung von Qualitätsindikatoren...) und in interdisziplinäre Gremien einzubinden. Das Stichwort heißt „gemeinsame Verantwortung“ und kommt bspw. in der Plattform Patienten-sicherheit in Österreich beispielhaft zur Wirkung.“ (Jonitz 2022)

### Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Wichtig ist aus Sicht von Prof. Güntert die frühzeitige Diskussion und Regelung der Finanzierung der Mehrkosten für Qualitätsmaßnahmen, Qualitätsdokumentation und Qualitätsüberprüfung (vgl. u. a. Kapitel 4.2.1.3). Auch wenn auf der Systemebene argumentiert werden kann, dass durch bessere Qualität der Leistungen insgesamt die Kosten der Gesundheitsversorgung gesenkt werden, muss man sich klar darüber sein, dass die Einsparungen nicht am gleichen Ort anfallen, an dem die Mehrkosten entstehen. Die aktuellste Diskussion in der Schweiz zeigte, dass mit fehlender Finanzierung auch sehr engagierte Akteurinnen und Akteure ihre Initiativen zur Qualitätsentwicklung sistieren. (Güntert 2022)

### Selbstevaluierung und Validitätsüberprüfung für Arztpraxen

Ein weiterer Hinweis bezieht sich auf das Zeitintervall der Überprüfung der Selbstdeklaration von Qualitätsmaßnahmen und der Selbstevaluation (durch die ÖQMED), die nach Erachten des Experten nicht im regelmäßigen Rhythmus alle fünf Jahre erfolgen sollte, sondern mittels Zufallsstichprobe. Die Größe der Stichprobe ist auch in der Schweiz umstritten und erfordert Kosten-Nutzen-Überlegungen, d. h. eine Evaluation der Wirkung der Überprüfungen auf das Qualitätsgeschehen. (Güntert 2022)

## 5.2 Institutionelle Verankerung von Qualitätssicherung in anderen europäischen Ländern

Der Bericht von Cypionka et al. (2018) hält fest, dass in Österreich „*die Durchführung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich institutionell vorwiegend im Kompetenzbereich der Landesvertretung [Österreichische Ärztekammer] verankert ist*“. Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, kann sich die ÖÄK hierfür der ÖQMED, die von der ÖÄK eingerichtet wurde, bedienen. Auch verweisen Cypionka et al. (2018) auf die institutionelle Verankerung der Qualitätssicherung in anderen europäischen Ländern und beschreiben, dass in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und England die Durchführung von Qualitätssicherung im weiteren Sinne in bis zu vier verschiedenen, von der Landesvertretung mehr oder weniger unabhängigen Organisationen institutionell verankert ist.

### Deutschland

In Deutschland sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Umsetzung der bundesweit geltenden und regional getroffenen QS-Vereinbarungen nach Sozialgesetzbuch SGB V § 135b zuständig. Die Richtlinienkompetenz liegt in Deutschland beim paritätisch besetzten Gemeinsamen

Bundesausschuss (G-BA)<sup>11</sup>. Vom G-BA wurde auch die Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei **Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (kurz: „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)** erlassen, die die Organisation und Durchführung von Stichprobenprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung regelt.

Die Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach SGB V § 136 regelt, dass die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten erbrachten medizinischen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu überprüfen sind. Nach dieser Richtlinie werden pro Jahr vier Prozent der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte stichprobenartig hinsichtlich der von ihnen erbrachten Leistung auf Basis der Kriterien der G-BA zur Qualitätsbeurteilung überprüft. Aktuell existieren vom G-BA eigene Richtlinien und Kriterien zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung für die Leistungsbereiche Arthroskopie, Kernspintomographie und Radiologie. (QP-RL 2019)

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie dient dazu, die für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbrachten Leistungen dahingehend zu überprüfen, ob diese dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Dabei wird von Qualitätssicherungskommissionen der KVen – bestehend aus mindestens drei im jeweiligen Fachgebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern – stichprobenartig die Dokumentation von diagnostischen und therapeutischen Leistungen bei zufällig ausgewählten Vertragsärztinnen und Vertragsärzten überprüft. Die Beurteilung der Akten erfolgt einheitlich anhand eines vorgegebenen Beurteilungsschemas, wobei je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel geeignete Gegenmaßnahmen vom Beratungsgespräch bis zum Entzug der Genehmigung ergriffen werden können. (QP-RL 2019) Nicht Gegenstand der Prüfung sind die strukturellen Qualitätsanforderungen (z. B. Qualifikation, apparative Ausstattung).

Im Jahr 2015 wurde in Deutschland das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) eingerichtet. Trägerin des fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts ist eine Stiftung des privaten Rechts. Grundlagen für die Arbeiten des IQTIG sind Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des höchste Beschluss-gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. (IQTIG 2022)

Das Institut erarbeitet im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und wirkt an deren Umsetzung mit. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von QS-Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse in einer für die

---

11

Der G-BA wird von den vier großen Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitssystem gebildet: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband). Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, besitzen im G-BA entsprechend den Vorgaben des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch kein Stimmrecht.

Allgemeinheit verständlichen Form. Das IQTIG führt seit dem 1. Januar 2016 die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nach den §§ 136 ff. SGB V im Auftrag des G-BA durch. (IQTIG 2021)

Inhaltlich ist das IQTIG mehrheitlich mit der Qualitätssicherung und -entwicklung im stationären und sektorenübergreifenden Bereich befasst. Für die Qualitätssicherung in der niedergelassenen, ärztlichen Versorgung sind vor allem die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) aber auch die Richtlinie für die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme relevant. Aktuell sind Qualitätssicherungsverfahren im Versorgungsbereich der Nierenersatztherapie und der Bereiche der Kardiologie (Perkutane Koronarintervention (PCI)) für den niedergelassenen, ärztlichen Versorgung von Relevanz. Künftig soll die sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf weitere Versorgungsbereiche ausgeweitet werden.

### **Niederlande**

Nachdem in den Niederlanden bis in die 1990er-Jahre die Qualitätsarbeit der Selbstkontrolle der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen unterlag (z. B in Form des Visitatie-Verfahrens, auf dessen Grundlage das EPA geschaffen wurde), ist aktuell das Gesundheitsministerium (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS) für die Festlegung des gesetzlichen Rahmens für die Qualitätsarbeit in der Krankenversorgung zuständig. Die Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen (Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGJ) kontrolliert die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und das Nationale Institut für das Gesundheitswesen (Zorginstituut Nederland, ZIN) koordiniert die Qualitätsarbeit mittels Qualitätsstandards und Indikatoren (Czypionka et al. 2018).

### **Frankreich**

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird in Frankreich auf nationaler Ebene geregelt, die rechtliche Grundlage dafür bietet das Sozialversicherungsgesetz (CSS, Code de la sécurité social). Seit dem Jahr 2005 beschäftigt sich die Hohe Behörde für Gesundheit (HAS) mit der externen Qualitätssicherung in Frankreich. Diese agiert unter dem Gesundheits- und Sozialministerium und ihr Bestehen und Handeln sind gesetzlich geregelt. Die HAS agiert als unabhängige, öffentliche Organisation mit dem Ziel, die Qualität, Effizienz und Sicherheit im französischen Gesundheitswesen zu verbessern (Czypionka et al. 2018).

### **Schweiz**

Beispielhaft werden hier auch die aktuellen Inhalte, die Organisation und die institutionelle Zuständigkeit für Qualitätsentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen dargestellt. 2019 wurde in der Schweiz die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verabschiedet. Das KVG ist das zentrale Gesetz zur Steuerung der Gesundheitsversorgung auf Bundesebene. Es fokussiert auf die Leistungen der für alle obligatorischen Krankenversicherung, strahlt damit aber auf alle Bereiche der Leistungserbringung aus. In Zusammenhang mit der Sicherstellung der stationären und ambulanten Versorgung kommen den Kantonen weitreichende Verantwortungen zu, insbesondere bezüglich

Zulassung und Kontrolle der Leistungserbringer:innen. Mit dem Inkrafttreten der Änderung des KVG am 1. April 2021 erhielt der Bundesrat die Aufgabe, alle vier Jahre die zu erreichenden Ziele im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen (Qualitätsentwicklung) festzulegen (Art. 58 KVG). Damit und mit der Überprüfung der Zielerreichung übernimmt der Bundesrat (d. h. die Schweizer Regierung, sieben Mitglieder) die Führung in der Qualitätsentwicklung. Das revidierte KVG enthält neue Instrumente, die dazu dienen, die Ziele des Bundes zu realisieren.

Im März 2022 wurde die Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie) vom Bundesrat verabschiedet. Die Strategie baut auf den Erkenntnissen des im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellten und im November 2019 veröffentlichten nationalen Berichts „Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens“ (BAG 2019) und des OECD-Berichts zur Governance „System governance towards improved patient safety“ (OECD 2020) auf. Bei Erstellung der Strategie wurden internationale und nationale Expertinnen und Experten, relevante Akteurinnen und Akteure im Schweizer Gesundheitssystem – insbesondere Kantone, Versicherer, Leistungserbringer:innen, Fachorganisationen, Konsumenten- sowie Patientenorganisationen – zu verschiedenen Zeitpunkten konsultiert. Parallel dazu untersuchte die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) im Auftrag des BAG die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Qualität der Leistungen. Ein Hauptergebnis des Berichts „Quality through patients’ eyes“ (Berchtold 2020) betrifft den Umgang mit der Tatsache, dass Patientinnen und Patienten einerseits sowie Fachpersonen andererseits nicht über denselben Informationsstand verfügen. Die involvierten Akteurinnen und Akteure hatten unterschiedliche Interessen und Erwartungen an die Ziele zur Qualitätsentwicklung. Dennoch ergab die Konsultation u. a. folgende Übereinstimmungen:

- » Notwendigkeit eines verstärkten Einbezugs der Patientinnen und Patienten (Beteiligung an Entscheidungsfindung, Behandlung und Pflege, Leistungserbringung, Projekten usw.)
- » Notwendigkeit der Entwicklung von Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), um die Leistungen hinsichtlich der Übereinstimmung mit den Präferenzen, Bedürfnissen und Werten der Patientinnen und Patienten zu prüfen und zu verbessern
- » Elemente, welche die Qualität der Leistungen kennzeichnen: Sicherheit, Nutzen für die Patientinnen und Patienten, Patientenzentriertheit, Rechtzeitigkeit, Effizienz, Chancengleichheit und Integration
- » Bedeutung der Entwicklung von praktisch anwendbaren Indikatoren, d. h. von Indikatoren, die zu Verbesserungsmaßnahmen führen können (BAG 2022a)

Die aktuelle Strategie entwickelt die vom Bundesrat 2009 verabschiedete Qualitätsstrategie und deren Konkretisierung im Bericht vom 25. Mai 2011 mit einer klaren Fokussierung auf die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung weiter und aktualisiert diese. Dieser engere Fokus wird teilweise auch kritisiert, fallen doch Bereiche, die für die Qualitätsentwicklung wichtig sind, wie z. B. Aus- und Weiterbildung oder Versorgungsforschung, weg. Auf Basis der neuen Qualitätsstrategie werden die Vierjahresziele des Bundesrates sowie die Jahresziele der EQK für die Qualitätsentwicklung festgelegt. Dabei werden alle Akteursebenen und Versorgungsbereiche angesprochen. (Güntert 2022)

Strategie und Vierjahresziele bezwecken, einen Qualitätsverbesserungsprozess (Plan-Do-Check-Act, PDCA-Zyklus) auf der Mikroebene (betriebliches Qualitätsmanagementsystem), der Mesoebene (Verbände der Leistungserbringer:innen und der Versicherer) und der Makroebene (kontinuierliches Feedback und Lernen auf nationaler Ebene) zu initiieren.

In der Strategie wurden die vier prioritären Qualitätsdimensionen „Sicherheit“, „Wirksamkeit“, „Patientenzentrierung“ und „Integrierte Versorgung“ festgelegt. Daraus abgeleitet werden mit der Strategie folgende Oberziele angestrebt:

- » WIRKSAMKEIT: ein hochstehendes Qualitätsniveau der Leistungen, das sich an den Präferenzen, Bedürfnissen und Werten der Person, für die sie bestimmt sind, und am neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand misst
- » SICHERHEIT: gegen Null tendierendes Maß an vermeidbaren Patientenschäden und ein adäquates Risikomanagement
- » PATIENTENZENTRIERUNG: patientenzentrierte Behandlung und Pflege, welche die Patientinnen und Patienten in die Planung und die gemeinsame Entscheidungsfindung einbeziehen und ihre Erfahrungen berücksichtigen
- » INTEGRIERE VERSORGUNG Leistungen, die aus mehreren Quellen (verschiedene Berufe, medizinische Fachbereiche, Institutionen) stammen, werden optimal koordiniert und integriert – im Sinne von „aus einer Quelle“. (BAG 2022a)

Darauf aufbauend fokussieren Strategie und Vierjahresziele auf drei systemische (Kultur, Governance, Evidenzbasierte Entscheidungen) und zwei leistungsorientierte Handlungsfelder (Patientenzentriertheit, Patientensicherheit), für die je zwei Ziele formuliert wurden.

Mit der Qualitätsstrategie und mit den Vierjahreszielen übernimmt der Bundesrat die Führung in der Qualitätsentwicklung und agiert als strategisches Organ. Zum einen hat der Bundesrat eine „Eidgenössische Qualitätskommission“ (EQK, Art. 58b KVG) eingesetzt, zum anderen verpflichtet das KVG die Verbände der Leistungserbringer:innen und die Verbände der Krankenversicherer, gesamtschweizerisch geltende Verträge zur Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge, Art. 58a. KVG) abzuschließen. Ziel und Zweck der Qualitätsverträge ist es, einheitliche und vertraglich verbindliche Qualitätsmaßnahmen zur Qualitätsmessung und -verbesserung festzulegen. Es handelt sich dabei um öffentlich-rechtliche Verträge, d. h. sie gelten schweizweit für die ganze Branche, unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft (Art. 8a, Abs. 6 KVG).

Die Qualitätsverträge regeln mindestens Folgendes:

- » die Qualitätsmessungen und die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung
- » die Zusammenarbeit der Vertragspartner:innen bei der Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen
- » die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmaßnahmen
- » die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmaßnahmen
- » die Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags
- » das Erstellen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung zuhanden der Eidgenössischen Qualitätskommission und des Bundesrats

Der Bundesrat genehmigt die Qualitätsverträge. Können sich die Verbände der Leistungserbringer:innen und der Versicherer nicht auf Qualitätsverträge einigen, legt der Bundesrat die Regeln fest (Art. 58a Abs 5 KVG). Es scheint, dass diese Situation eintreten wird, da sich die Verbände der Leistungserbringer:innen und die Verbände der Versicherer nicht über die Finanzierung der aufgrund der Qualitätsverträge vereinbarten Qualitätsmessungen, Qualitätsdokumentation und zum Teil aufwendigen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen einigen können. Dies allerdings auch deshalb, da in der Ende März veröffentlichten Qualitätsstrategie die Finanzierungsfrage anders geregelt werden soll als in den bisherigen Verhandlungen gedacht. (Güntert 2022)

Die EQK ist eine außerparlamentarische Expertenkommission. Sie unterstützt den Bundesrat bei der Förderung der Qualität in der medizinischen Leistungserbringung im Rahmen des KVG. In der EQK sind die Leistungserbringer:innen, die Kantone, die Versicherer, die Versicherten und die Patientenorganisationen und Personen der Wissenschaft vertreten.

Die EQK hat folgende Aufgaben und Kompetenzen:

- » Sie berät die verschiedenen Akteurinnen und Akteure im Bereich der Qualitätsentwicklung und koordiniert deren Aktivitäten.
- » Sie berät den Bundesrat bei der Festlegung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.
- » Sie beauftragt Dritte, nationale Programme zur Qualitätsentwicklung und systematische Studien (beispielsweise zum Thema Patientensicherheit) durchzuführen.
- » Sie beauftragt Dritte, neue Qualitätsindikatoren zu entwickeln und die bestehenden weiterzuentwickeln (mit Qualitätsindikatoren kann Qualität statistisch gemessen werden).
- » Sie leistet Abgeltungen an die beauftragten Dritten.
- » Sie kann nationale und regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung finanziell unterstützen.
- » Die EQK erstellt jährlich einen Bericht zuhanden des Bundesrates und veröffentlicht diesen in geeigneter Form (BAG 2021).

Für die Beauftragung von Dritten und die Unterstützung von Qualitätsentwicklungsprojekten verfügt die EQK über ein jährliches Budget von 12 bis 15 Millionen Franken. Damit kommt der EQK eine wichtige Rolle in der Qualitätsentwicklung im schweizerischen Gesundheitswesen zu. Allerdings hat die EQK keine Verfügungsgewalt und ist somit in der Umsetzung von der Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer:innen und der Versicherer bzw. ihrer Organe abhängig. Auch ist die EQK nicht die zentrale Qualitätsmess- und Dokumentationsstelle. Eine solche wäre jedoch für die datenbasierte Qualitätsentwicklung in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung von größter Bedeutung – dies insbesondere dann, wenn Qualitätsentwicklung mit Blick auf die Patientenkarriere und die integrierte Versorgung angestrebt wird (BAG 2021).



## 5.3 Verpflichtendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Deutschland

In Deutschland sind seit 2004 die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer:innen nach SGB V § 135a Absatz 2 Nummer 2 verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Eine eigene Qualitätsmanagement-Richtlinie (G-BA 2020) des G-BA bestimmt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, wozu auch wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit gehören. (G-BA 2020) Die Ziele der QM-Maßnahmen sind, ein Höchstmaß an Patientensicherheit sicherzustellen, die Abläufe in der Praxis transparent und sicher zu gestalten sowie weiterzuentwickeln. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022)

In der QM-RL § 3 sind nachfolgende grundlegende Elemente des Qualitätsmanagements angegeben:

- » Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- » Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
- » Prozessorientierung
- » Kommunikation und Kooperation
- » Informationssicherheit und Datenschutz
- » Verantwortung und Führung

Zudem werden in der QM-RL § 3 verschiedene Methoden und Instrumente genannt, die etablierte und praxisbezogene Bestandteile des QM darstellen und als solche verpflichtend anzuwenden sind. Dazu zählen u. a. das Messen und Bewerten von Qualitätszielen, die Erhebung des Ist-Zustandes und die Selbstbewertung, die Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten oder Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen, das Schnittstellenmanagement, Checklisten, Fehlermanagement und Fehlermeldesystem. Die Einrichtungen müssen die Umsetzung und Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagements im Sinne einer Selbstbewertung regelmäßig überprüfen, kontinuierlich weiterentwickeln und dokumentieren (vgl. QM-RL § 5). Die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements der Praxis kann schrittweise und in frei gewählter Reihenfolge der o. g. Instrumente erfolgen, ist jedoch innerhalb von drei Jahren nach Zulassung bzw. Ermächtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte umzusetzen und im Anschluss kontinuierlich weiterzuentwickeln (vgl. QM-RL, Abschnitt II, Vertragsärztliche Versorgung §§ 1-3). (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020) Die konkrete Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagements erfolgt spezifisch in jeder Einrichtung.

Im SGB V § 135b ist der Auftrag der KVen festgelegt, Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und Qualitätsberichte zu erstellen und zu veröffentlichen. Die KV prüft zudem die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben.

### 5.3.1 Bericht zur Umsetzung des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Gemäß der deutschen Qualitätsmanagement-Richtlinie, Teil A, § 7 fordern KVen in zweijährlichen Abständen 2,5 Prozent der Vertragsärztinnen und -ärzte (sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten), die zufällig ausgewählt sind, auf, eine Beschreibung des Umsetzungsstandes ihres einrichtungswinteren Qualitätsmanagements zu übermitteln. Die Ergebnisse bewertet eine eigene QM-Kommission der KVen. Alle Stichprobenteilnehmer:innen erhalten eine schriftliche Rückmeldung, verbunden mit konkreten Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, sowie ggf. Unterstützung, um eine vollständige Umsetzung der Anforderungen gemäß QM-RL zu erreichen. (G-BA 2020)

Für das Berichtsjahr 2019 wurde die mittlerweile zehnte Stichprobenerhebung seit Inkrafttreten der QM-RL durchgeführt. Die Befragung erfolgt bundesweit und repräsentativ mit einem standardisierten Erhebungsinstrument in allen 17 KVen. Die Stichprobe, die mit einer eigenen Software-Anwendung gezogen wurde, umfasste 4.374 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten. (G-BA 2020)

Die Darstellung des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements erfolgte in Form einer schriftlichen Selbstauskunft. Die ausgewählten Teilnehmer:innen wurden darauf hingewiesen, dass ihre Angaben durch Unterlagen belegt sein müssen und dass nach Aufforderung diese Unterlagen bei der zuständigen QM-Kommission einzubringen sind. (G-BA 2020)

Der Erhebungsbogen gliederte sich in drei verpflichtende Abschnitte: Praxismerkmale, Methoden und Instrumente des QM und Anwendungsbereiche des QM. Die Angaben zum QM erfolgten auf Basis einer vierteiligen Antwortskala. Zwei Abschnitte können auf freiwilliger Basis beantwortet werden. Dazu zählen Angaben zu einem spezifischen QM-System/-Verfahren, auf dem das einrichtungswinterne Qualitätsmanagement basiert, und Angaben zum individuellen Beratungswunsch zu den qualitätsrelevanten Themen. (G-BA 2020)

### 5.3.2 Qualitätsmanagementsysteme im niedergelassenen Bereich in Deutschland

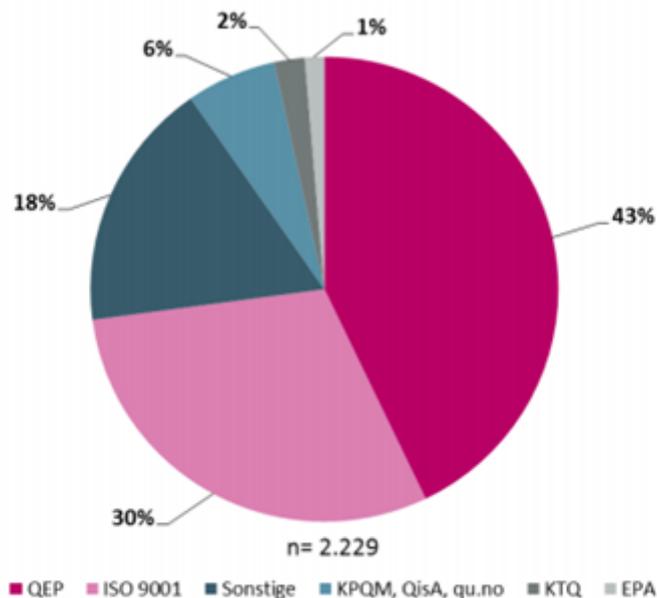
Wie bereits eingangs beschrieben, liegt die konkrete Ausgestaltung des internen Qualitätsmanagements bei der Einrichtung. Ob dabei auf etablierte QM-Systeme zurückgegriffen wird, obliegt der Einrichtung.

Bei der Stichprobenerhebung zum Umsetzungsstand des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland für das Berichtsjahr 2019 konnten Einrichtungen freiwillig Angaben zum QM-Verfahren geben, auf dem ihr einrichtungswinteres QM-System aufbaut. Diese Möglichkeit nahmen 2.229 Einrichtungen wahr, das entspricht 56 Prozent. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022)

Am häufigsten wurde das Verfahren Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) genannt (43 Prozent), gefolgt von ISO 9001 (30 Prozent), QM-Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (KPQM, QisA, Qu.no) und KTQ (2 Prozent) (vgl. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:

Einsatz von QM-Verfahren im niedergelassenen Bereich in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung, freiwillige Angabe



Abkürzungen:

QEP: Qualität und Entwicklung in Praxen®

KPQM: Qualitätsmanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

QisA: Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

qu.no: Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

KTQ: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

EPA: Europäisches Praxisassessment

Quelle und Grafik: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020

Auch wenn nach derzeitiger gesetzlicher Regelung keine Zertifizierung des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements für die Arztpraxen erforderlich ist, wird diese Möglichkeit jedoch oftmals angewendet, um die Güte des eigenen Qualitätsmanagementsystems gegenüber dem Gesetzgeber, den Organisationen der Selbstverwaltung sowie den Patientinnen und Patienten darzulegen. (Czypionka et al. 2018)

## 5.4 Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich in anderen europäischen Ländern

In einigen europäischen Ländern ist eine routinemäßige Dokumentation von Diagnosen im ambulanten Bereich sowie die Nutzung der daraus generierten Daten in verschiedener Art bereits seit vielen Jahren Praxis. Genutzt werden hierbei Dokumentationen, die auf die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) zurückgehen sowie im ambulanten Bereich auf die ICPC-2 (International Classification of Primary Care 2). Anforderungen an die Diagnosedaten zur Unterstützung einer patientenzentrierten Gesundheitssystem-Forschung sind die Vollständigkeit, die Qualität der Daten (Informationsgehalt), die flächendeckende Erhebung und die internationale Vergleichbarkeit bzw. Vergleichbarkeit über die Sektoren hinweg. Eine weitere Anforderung bezieht sich auf den Aufwand – dieser administrative Aufwand für die Kodierung ist möglichst gering zu halten – dies steht auch im Zusammenhang mit der Granularität der Dokumentation. Auch muss die Frage des finanziellen Aufwands (Schulungen, Umstellungen der Ordinationssoftware etc.) geklärt werden. Als Anwendungsfelder einer ambulanten Diagnosendokumentation werden neben Versorgungsforschung und Planung u. a. auch die Qualitätsmessung und -entwicklung auf Systemebene, aber auch die Entwicklung der Behandlungsqualität auf Ebene der Arztpraxen (Feedback) genannt. (IHS HealthEcon 2014)

In Deutschland erfolgt eine Diagnosekodierung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mittels einer für Deutschland adaptierten Version der ICD-10, der ICD-10-GM (German Modification). (IHS HealthEcon 2014) Seit 2000 ist die Kodierung von Diagnosen für Vertragsärztinnen, Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten gesetzlich verpflichtend. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung muss auf Basis des Terminservice- und Versorgungsgesetzes ab Anfang 2022 verbindliche Vorgaben zur Kodierung erstellen. Aus diesem Grund wird nun eine in das Praxisverwaltungssystem integrierte Kodierunterstützung eingeführt. Diese soll dabei unterstützen, die Regelungen der ICD-10-GM einfacher anwendbar zu machen und die passende Codierung zu finden, und damit einen Beitrag zur Kodierungsqualität leisten. Die Kodierunterstützung fokussiert dabei auf Krankheitsbilder mit hohen Fallzahlen und komplexer Kodierung (d. s. die Diagnosebereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen des Bluthochdrucks). Die Funktionen der Kodesuche und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen wurden ebenfalls überarbeitet. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022)

Die durch die Diagnosendokumentation gesammelten Daten dienen in Deutschland nicht nur der Planung im Gesundheitssystem, sondern fließen auch in die Entscheidung über finanzielle Vergütung medizinischer Leistungen sowie über das Budget von gesetzlichen Krankenkassen mit ein. In diesem Zusammenhang werden auch mögliche Verzerrungen in der Kodierung durch finanzielle Anreize (zur ausführlichen Kodierung von Diagnosen mit hoher Vergütungsmöglichkeit) diskutiert (IHS HealthEcon 2014). In Deutschland wird die Diagnosekodierung darüber hinaus auch als Datenbasis für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich herangezogen. (BAS Bonn 2022)

In Dänemark wird seit 2008 im hausärztlichen Bereich die dänische Variante der speziell für die Anwendung in der Primärversorgung entwickelten ICPC-2, die ICPC-2-DK verwendet. Dieses Kodierungssystem ermöglicht u. a. eine komplette Abbildung der ICD-10, welche im stationären

Bereich zur Anwendung kommt. Damit wird sowohl eine an den hausärztlichen Bereich angepasste Kodierung verwendet und gleichzeitig auch eine sektorenübergreifende Auswertung ermöglicht. Auch in den Niederlanden wird im hausärztlichen Bereich nach ICPC-2 codiert. (IHS HealthEcon 2014)

## 5.5 Transparenz der Qualitätsarbeit

Auch für andere Länder wie beispielsweise Deutschland wird die Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung im Sinne einer höheren Transparenz und zielgruppenorientierten QBE gefordert, die Schweiz plant in ihrer Qualitätsstrategie und in den Zielen des Bundesrates 2022–2024 ein öffentlich einsehbares Nationales Qualitäts-Dashboard (BAG 2022b);(BAG 2022a) Eine öffentliche Qualitätsberichterstattung kann dabei bei entsprechender Gestaltung die qualitätsorientierte Wahl der Leistungsanbieter:innen durch Patientinnen und Patienten unterstützen und auf verschiedenen Ebenen Impulse zur Verbesserung der Versorgung setzen. (Etgeton 2022)

### Deutschland

Für Deutschland wird für den Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung die größte Differenz zwischen dem Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten und der Transparenz von Leistungen und Qualität geortet. „*Qualitätsinformationen [beziehen] sich hier nicht nur [auf] Institutionen und Leistungen [im Sinne von Strukturen und Prozessen], sondern auch [auf] Personen [...], auf ihre persönliche Qualifikation, ihre Kommunikationsfähigkeit und ihre medizinische Kompetenz.*“ (Etgeton 2022) In der Qualitätssicherung und -berichterstattung über Arztpraxen werden für Deutschland Defizite in der Governance, der externen Qualitätssicherung und -transparenz, dem Datenzugang, der Berücksichtigung von Patientenerfahrungen bzw. der Durchführung von Patientenbefragungen hinsichtlich klarer Vorgaben zur QBE und der Quellen für die Patienteninformation konstatiert. (Etgeton 2022) Eine Punktation des aktuellen Standes und der Defizite in der Qualitätsberichterstattung über Arztpraxen findet sich in **Abbildung 5.3**.

Abbildung 5.3:  
Qualitätsberichterstattung über Arztpraxen – Deutschland

Governance	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Keine institutionell von den Akteuren unabhängige Verortung des Themas „Qualitätstransparenz“ und von daher auch keine Patientenbeteiligung</li> <li>→ Kein zentrales Datenmanagement zu ambulanten Daten unabhängig von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen</li> </ul>
Externe Qualitätssicherung / Qualitätstransparenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Stichprobenhafte Qualitätsprüfungen zu ausgesuchten Leistungsbereichen</li> <li>→ Qualitätsanforderungen an genehmigungspflichtige Leistungen</li> <li>→ Keine verbindlichen Regelungen (vergleichbar zum stationären Bereich)</li> <li>→ Keine systematischen externen Qualitätsprüfungen</li> </ul>
Datenzugang	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Kein offener Zugang zu Stammdaten</li> <li>→ Kein Zugang zu arzt- oder praxisbezogenen Daten der Qualitätssicherung</li> <li>→ Kein Zugang zu Routedaten (außer für das Nationale Gesundheitsportal)</li> </ul>
Patientenerfahrung / -befragungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Strukturierte Patientenbefragung der Weißen Liste wurde eingestellt</li> <li>→ Frageinstrumente und Befragungsmethoden der kommerziellen Anbieter im Feld sind unsystematisch und nicht vergleichbar, daher unbrauchbar für die Qualitätsberichterstattung.</li> </ul>
Vorgaben zur Darstellung	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ In Ermangelung offizieller Qualitätsberichte oder eines konsolidierten Datensatzes zum Leistungsangebot von Arztpraxen existiert naturgemäß auch kein Darstellungskonzept.</li> </ul>
Faktische Informationsquellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Arztsuchen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kammern mit jeweils unterschiedlichem Informationsgehalt</li> <li>→ Dominanz erlösorientierter Anbieter (Google, Jameda, Stiftung Gesundheit)</li> </ul>

Quelle: Etgeton (2022)

Zusammenfassend wird hinsichtlich der QBE festgehalten, dass dieser „eine übergeordnete strategische Perspektive [fehlt], aus der heraus die Transparenzbemühungen – innerhalb und jenseits der Sektoren – vom Ende her gedacht und zielgerichtet strukturiert werden. Ein solcher ‚großer Wurf‘ müsste die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten ins Zentrum aller Anstrengungen stellen und von dorthin fragen, welche bereits vorhandenen Daten zur Erfüllung dieses Informationszieles genutzt und welche darüber hinaus neu erhoben werden müssten.“ (Etgeton 2022, S. 4) Das heißt: Um Patientinnen und Patienten eine Entscheidung über die Wahl einer Arztpraxis (aber auch eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung) zu ermöglichen, sollte deren Informationsbedarf (bzw. der jener Personen, die diese Auswahl unterstützen) Ausgangspunkt der öffentlichen QBE sein. Patientenerfahrungen mit der Versorgung und dem Behandlungsergebnis (PREMs und PROMs) sollten im Rahmen der QBE von unabhängigen Stellen erhoben und in der QBE genutzt werden, auch um kommerziellen Arztsucheportalen ein unabhängiges Informationsangebot entgegenzustellen. Routedaten könnten genutzt werden, um konkrete Leistungsschwerpunkte bzw. Erfahrung mit bestimmten Behandlungen darzustellen, auch böte die

Nutzung von pseudonymisierten Abrechnungsdaten zusätzlich die Möglichkeit einer Risikoadjustierung bei Aussagen zur Ergebnisqualität oder der Nachverfolgung der Qualität von anbieter- bzw. sektorenübergreifenden Behandlungsverläufen. Darüber hinaus wird festgehalten, dass das „*Bestreben um mehr Transparenz [...] oftmals erfolglos [bleibt], weil in den korporatistischen Entscheidungsstrukturen Beharrungskräfte der Akteure und sektorale Partikularinteressen die Oberhand gewinnen*“. Mit Blick auf die QBE wird weiter festgehalten, dass „*den Patienten- und Verbraucherverbänden [...] allenfalls eine mitberatende Funktion zugestanden [wird]; sie stehen, obwohl eigentlich betroffen, bei der Qualitätsberichterstattung quasi am Spielfeldrand*.“ (Etgeton 2022) Um die Qualität der Patientenversorgung (auch sektorenübergreifend) abzubilden, wäre eine die Versorgungssektoren überwölbende Institution für zentrale Qualitätssicherung und -berichterstattung von Relevanz.

## Schweiz

Die Schweiz sieht in den Zielen des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung 2022–2024 vor, dass ein nationales Monitoringsystem aufzubauen und zu betreiben ist. Die EQK soll dieses nationale Monitoringsystem mit dem Ziel konzipieren, die Qualität der Leistungen im Zeitverlauf zu überwachen und zu bewerten. Zudem ist geplant, dass die EQK die relevanten Informationen zur Qualität der Leistungen auf nationalem Niveau zusammenfasst und auf einem öffentlich einsehbar Nationalen Qualitäts-Dashboard darstellt. Dieses soll insbesondere Informationen zu unerwünschten Ereignissen, Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) enthalten. (BAG 2022a)

## Patienteninformationen in anderen Ländern

Auf der offiziellen Website des britischen National Health Service (NHS), des nationalen Gesundheitssystems von **Großbritannien und Nordirland**, haben Patientinnen bzw. Patienten die Möglichkeit, Informationen über einzelne Gesundheitsdienstleister:innen zu erhalten, wobei Adresse, Kontaktinformationen, Öffnungszeiten sowie Details zur Barrierefreiheit sowie qualitätsgesicherte Erfahrungsberichte inkl. allgemeiner Sternebewertung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden. Diese Berichte werden vor Veröffentlichung auf Einhaltung des NHS-Kodex geprüft und nach zwei Jahren gelöscht. (NHS 2022b) Zusätzlich stehen Informationen zu der Anzahl eingeschriebener Patientinnen und Patienten, aber auch zur Nutzung von Online-Services zur Verfügung. (NHS 2022a) Auf der Website des NHS ist aber auch eine Suche nach Beschwerde- bzw. Krankheitsbildern möglich, hier kann z. B. nach Ordinationen mit hohen Fallzahlen zu einem bestimmten Krankheitsbild (z. B. Anteil der Patientinnen und Patienten in der Ordination mit Diabetes) oder auch Outcomes (z. B. Blutdruck der Patientinnen und Patienten mit Diabetes) gesucht und gefiltert werden. Auch eine Filterung nach Patientenerfahrungen (z. B. ausreichend Zeit, Einbindung in die Entscheidung über die Behandlung) ist möglich. (NHS 2022a) Die Informationen, die das NHS hier hinsichtlich der Patientenerfahrungen nutzt, stammen aus der Patientenbefragung bei Hausärztinnen und Hausärzten (GPs, General Practitioners), in welcher zuletzt 2,4 Millionen Patientinnen und Patienten nach ihren Erfahrungen mit ihrer Hausarztpraxis und anderen lokalen NHS-Diensten sowie ihrem allgemeinen Gesundheitszustand befragt wurden. U. a. werden hier Fragen nach Terminvereinbarung, der Betreuung durch den GP und das Ordinationspersonal

gestellt. (MORI 2021) Die Ergebnisse werden nur für Ordinationen, in denen mehr als zehn Patientinnen bzw. Patienten an der Befragung teilnehmen, veröffentlicht. (NHS 2022a)

Neben der Patientenbefragung für den niedergelassenen hausärztlichen Bereich (GPs) gibt es eine Reihe weiterer Befragungen zur Gesundheitsversorgung, die von der Care Quality Commission<sup>12</sup> (CQC) im Rahmen des NHS Patient Survey Programme durchgeführt werden. Im Fokus der einzelnen Umfragen stehen stationäre Behandlung (Kinder, Erwachsene), Notfallversorgung (Erwachsene), Schwangerenversorgung, ambulante psychische Gesundheit und ausgewählte andere Themengebiete. (NHS 2022c)

Auf der Website der CQC können sich Patientinnen und Patienten auch über allgemeine Qualitätsmerkmale der Gesundheitsdienstleister:innen in den Domänen Sicherheit, Effektivität, Fürsorge/Versorgung, Aufmerksamkeit und gute Führung informieren. Die CQC führt regelmäßige Inspektionen bei Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern durch, welche sich verpflichtend bei der CQC registrieren müssen. Inspektionen werden u. a. abhängig von Rückmeldungen seitens der Patientinnen und Patienten geplant. Die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsinspektionen werden auf der CQC-Website veröffentlicht, wobei auch Mängel – und deren Behebung – dargestellt werden. Dabei werden die einzelnen Domänen nach Ampelsystem (herausragend, gut, verbesserungswürdig, inadäquat) bewertet und einzelne gute sowie schlechte Beobachtungen in Textform beschrieben. (CQC 2022a) Zusätzlich dazu veröffentlicht die CQC regelmäßig Berichte, in denen globalere Beobachtungen oder Mängel hinsichtlich der Qualität im Gesundheitssystem thematisiert werden. (CQC 2022b)

Neben den o. g. Informationsangeboten öffentlicher Einrichtungen, wurde von Hon. Prof. Jonitz auch auf die Informationsplattform „iWantGreatCare“ verwiesen, die in einigen Regionen Großbritanniens den Patientinnen und Patienten, aber auch den Gesundheitsprofessionen zur Verfügung steht. Auf der Website werden positive Erfahrungsberichte dieser Zielgruppen mit einzelnen Leistungsanbieterinnen und -anbietern zur Verfügung stellt. Die Organisation, die in 28 Ländern tätig ist, kooperiert dabei mit Teilorganisationen des NHS, aber auch mit anderen Organisationen. Auf der Website verweist die Organisation die weltweit größte unabhängige Plattform für Patienten-Feedback zu sein, ähnlich wie „TripAdvisor“ jedoch für den Gesundheitsbereich. (iWantGreatCare 2022)

In den **Niederlanden** wird vom niederländischen Patientenverband die gemeinnützig betriebene „ZoorgkaartNederland“ angeboten, über die Patientinnen und Patienten Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen teilen können. Diese sollen dabei helfen, geeignete Gesundheitsdienstleister:innen – auch in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung – auszuwählen. Alle Bewertungen werden vor Veröffentlichung anhand eines Verhaltenskodex überprüft. Im Juli 2021 waren über eine

---

12

Die CQC reguliert alle Gesundheits- und Sozialfürsorgedienste in England, um die Qualität und Sicherheit der Versorgung in Krankenhäusern, bei Zahnärztinnen und Zahnärzten, in Ambulanzen und bei GPs, in Pflegeheimen sowie die Pflege in den eigenen vier Wänden sicherzustellen. Die CQC ist eine öffentliche Einrichtung, die vom Ministerium für Gesundheit und Soziales unterstützt wird.

Million Erfahrungsberichte veröffentlicht. (Zorgkaart Nederland 2022b) Einschränkung ist anzumerken, dass nur für einen kleinen Teil der im niedergelassenen Bereich tätigen Hausärztinnen und Hausärzte mehr als zehn Bewertungen vorliegen. Um die Auswahl der für ein bestimmtes Krankheitsbild geeigneten Gesundheitseinrichtung zu erleichtern, werden auch Entscheidungshilfen je nach Beschwerde- bzw. Krankheitsbild angeboten, welche Vergleiche (in Bezug auf angebotene Leistungen) ermöglichen. (Zorgkaart Nederland 2022a)

Auf der Website des niederländischen Gesundheits- und Jugendinspektorats werden Inspektionsberichte über Gesundheitsdienstleister:innen veröffentlicht. Hier werden die Ergebnisse der vor Ort durchgeführten Inspektion sowie die gesetzten Maßnahmen öffentlich einsehbar auf Ebene einzelner Gesundheitsdienstleister:innen berichtet. (IGJ 2022)

## 5.6 Innovative Ansätze der Qualitätsarbeit

### 5.6.1 Value-Based Healthcare

Eine weitere innovative Möglichkeit zur Entwicklung bzw. Qualitätssteigerung des Gesundheitssystems ist das Konzept der „Value-Based Healthcare“. In diesem Modell erfolgt die Bezahlung der Anbieter:innen (inkl. Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten) auf Basis des Nutzens der Leistungen in der Verbesserung des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten. Diese Herangehensweise an die Finanzierung unterscheidet sich maßgeblich von der Einzelleistungsvergütung oder Pro-Kopf-Bezahlung.

Hierbei ist zu klären, was unter Wert („value“) zu verstehen ist. Derzeit besteht keine allgemein gültige, sondern lediglich jeweils subjektive Definitionen von Wert im Kontext des Gesundheitswesens. Ein Expertenpanel der Europäischen Kommission (EXPH) hat daher einen Vorschlag für die Definition des Werts in Form von vier Säulen erarbeitet, der über die monetäre Interpretation im Kontext von Kosten-Effektivität hinaus geht und folgende Komponenten berücksichtigt: allokativen Wert (gerechte Verteilung der Ressourcen in allen Gruppen von Patientinnen und Patienten), technischen Wert (Erreichen von bestmöglichem Ergebnis mit vorhandenen Ressourcen), persönlichen Wert (adäquate Behandlung, um die persönlichen Ziele der Patientinnen und Patienten zu erreichen) und gesellschaftlichen Wert (Beitrag des Gesundheitswesens zur sozialen Teilhabe und Verbundenheit). (EC 2019)

Value-Based Healthcare fokussiert darauf, Patientinnen und Patienten rasch zu heilen und chronischen Erkrankungen vorzubeugen. Die Qualität der Dienstleistungen steigt, wenn der Fokus auf Nutzen statt auf Volumen liegt. (NEJM 2017) Durch die Implementierung von Value-Based Healthcare würden konkret verschiedene Aspekte verstärkt werden: z. B. Verständnis für geteilte Gesundheitsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten (Organisation rund um eine Patientengruppe) oder umfassende Lösungen für Gesundheitsprobleme (insb. Miteinbeziehung von nicht-medizinischen Aspekten, die Verbesserung verhindern). Zudem kann es dabei helfen,

Gesundheitspersonal intrinsisch zu motivieren, da die Rolle als „Heiler:in“ in den Vordergrund gerückt wird. (Teisberg et al. 2020)

## 5.6.2 PROMs und PREMs

Über „Patient-Reported Indicator Surveys“ (PaRIS) soll – durch die Messung von aus Patientensicht relevanten Ergebnissen der Behandlung – die Patientenzentriertheit der Versorgung gefördert werden. (OECD 2019) Zusätzlich zur Messung von klinischen Endpunkten (z. B. Morbidität und Mortalität) oder Prozessen (z. B. Umsetzung von klinischen Guidelines) werden die Perspektiven der Patientinnen und Patienten durch PROMs und PREMs in die Messung der Behandlungsergebnisse miteinbezogen. (Desomer et al. 2018) Dabei sind „Patient-Reported Outcomes“ (PROs) Einschätzungen von Patientinnen und Patienten über ihren eigenen Gesundheitsstatus ohne jegliche Fremdinterpretation durch Gesundheitspersonal. Messinstrumente, vornehmlich Fragebögen, die diese messen, werden „Patient-Reported Outcome Measures“ (PROMs) genannt. (Desomer et al. 2018); (Steinbeck et al. 2021) Es gibt sowohl generische als auch spezifische PROMs: Generische PROMs sind nicht auf einzelne Bereiche beschränkt und ermöglichen daher Vergleiche über verschiedene Interventionen, Krankheiten oder Sektoren hinweg. Sie messen vorwiegend die Auswirkungen auf (gesundheitsbezogene) Lebensqualität von Patientinnen und Patienten. Spezifische PROMs sind auf eine bestimmte Erkrankung oder Erkrankungsgruppe, Domäne (z. B. Schmerz), Intervention, einen bestimmten Körperteil oder eine Population (z. B. Kinder) zugeschnitten. Sie sind sensitiver als generische PROMs, erlauben aber wenig Vergleich mit den Ergebnissen anderer Erkrankungen etc. Es gibt zwar keinen Goldstandard in der PRO-Messung, anhand ihrer Charakteristika eignen sich spezifische PROMs allerdings eher für die klinische Anwendung und generische PROMs für strategische Entscheidungen (z. B. Finanzierung).

„Patient-Reported Experiences“ (PREs) sind von Patientinnen und Patienten selbst berichtete Erfahrungen in der Behandlung. Zu PREs gehören Zufriedenheit sowie subjektive und objektive Erfahrungen. „Patient-Reported Experience Measures“ (PREMs) dienen daher der Messung des Prozesses der Behandlung, nicht aber des Ergebnisses. PREMs werden stark von den Präferenzen, der Persönlichkeit und von vergangenen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten beeinflusst. (Desomer et al. 2018) Zwar werden diese Messinstrumente immer mehr angewandt, sind aber weiterhin relativ unbekannt. (Desomer et al. 2018); (HAS 2021)

PROMs und PREMs können für unterschiedliche Zwecke benutzt werden und sollen die Qualität der Gesundheitsleistungen auf nationaler, institutioneller und individueller Ebene verbessern.

- » Auf individueller Ebene können sie u. a. dabei helfen, übersehene Symptome zu erfassen, den Verlauf der Erkrankung zu beobachten sowie die Kommunikation zwischen Patientinnen, Patienten und Gesundheitspersonal, aber auch innerhalb des Gesundheitspersonals zu verbessern. (Desomer et al. 2018)
- » Auf institutioneller Ebene können PROMs und PREMs dazu verwendet werden, Problemfelder zu identifizieren oder als öffentliche Informationen der informierten Behandlungsentscheidung durch Patientinnen und Patienten dienen.

- » Auf Makroebene können PROMs zur Monitierung des Gesundheitszustands der Bevölkerung sowie für Finanzierungsentscheidungen und PREMs zur Messung der Versorgungsleistung herangezogen werden. Die darin gewonnenen Daten können als Zusatz zu anderen im Gesundheitssystem erhobenen Daten als Entscheidungsgrundlagen dienen. (Desomer et al. 2018)

Länder, in denen PROM angewandt werden, unterscheiden sich im Stand sowie in der Art der Umsetzung (Bottom-up oder Top-down), den behandelten Krankheitsbildern und Therapiebereichen und in der Verwendung der daraus gewonnenen PRO-Daten. Unter anderem auch abhängig vom Zentralisierungsgrad des Gesundheitssystem werden PROs eher Top-down (z. B. England) oder Bottom-up (z. B. Schweiz) im System eingeführt. (Steinbeck et al. 2021) Bisher scheinen sich die PRO-Erhebungen international sehr stark auf das stationäre Setting zu konzentrieren.

In **England** wurde bereits 2009 als erstes Land die Verwendung von PROMs für einige chirurgische Operationen (Hüft- und Kniegelenksersatz, Hernienoperation, Behandlung von Krampfadern) verpflichtend eingeführt. Zusätzlich zur Top-down-Implementierung von PROMs werden sie auch für einzelne Krankheitsbilder in Pilotprojekten, Versorgungsnetzwerken und nationalen Registern verwendet. Die gewonnenen PRO-Daten werden vorwiegend für Public Reporting und Datenüberwachung durch NHS Digital verwendet. Zudem werden jene landesweit gesammelten Daten für Benchmarking, Qualitätssicherung und zu Verbesserungszwecken verwendet. Vereinzelt werden auch ergebnisorientierte Vergütungsmodelle bei Hüft- und Kniegelenksersatz umgesetzt. Es bestehen Bestrebungen bzw. Projekte, PRO-Messung auf weitere Bereiche, wie z. B. Krebserkrankungen, Rheumatoide Arthritis oder psychische Gesundheit, auszuweiten. Herausforderungen zeigen sich u. a. in der Erhebung der PROMs aufgrund von Barrieren wie der niedrigen Gesundheitskompetenz, sprachlicher oder kultureller Barrieren. (Steinbeck et al. 2021)

**Schweden** profitiert in Hinsicht auf die PRO-Erhebung und -Datennutzung von seiner langen Geschichte mit nationalen Registern. Es gibt zwar keine landesweiten staatlichen Initiativen zu PROMs, aber dennoch Erhebungen mit beinahe nationalem Abdeckungsgrad. PROMs werden in verschiedenen nationalen, meist von Ärztinnen und Ärzten initiierten Qualitätsregistern (103 insgesamt) und nationalen Patientenbefragungen angewandt. Die behandelten Bereiche inkludieren Chirurgie/Orthopädie, Onkologie, chronische Erkrankungen und psychische Gesundheit/Neurologie. Die Ziele der nationalen Qualitätsregister sind unterschiedlich, haben aber Qualitätsverbesserung, Forschung und Benchmarking zwischen Regionen und teilweise Krankenhäusern gemein. Zwar gibt es kein obligatorisches Public Reporting, dieses erfolgt aber von einigen Krankenhäusern in an Ärztinnen und Ärzte und Wissenschaftler:innen gerichteter Form. Die nationalen Patientenbefragungen werden für Benchmarking zwischen Versorgern und Regionen und für Public Reporting verwendet. Die Ergebnisse sind auf einer Plattform für Patientinnen und Patienten öffentlich einsehbar. PROMs werden außerdem in regionalen Projekten zu Value-Based Healthcare eingesetzt: Beispielsweise basierten bei einem Projekt im Jahr 2009 zehn Prozent der Vergütung für Wirbelsäulenoperationen auf der mittels PROM gemessenen Schmerzreduktion. Trotz guter rechtlicher Voraussetzungen zur Nutzung von Patientendaten gibt es noch Hindernisse bspw. bei der Miteinbeziehung von PROMs in staatliche Register. So dürfen für Forschungszwecke erhobene Daten nicht für andere Zwecke genutzt werden (z. B. Routineversorgung). (Steinbeck et al. 2021)

**Dänemark** hat sich mit einem Finanzierungsabkommen im Jahr 2017 zur landesweiten Umsetzung von PROMs verpflichtet. Die Standardisierung und breite Anwendung in allen Gesundheitssektoren soll von einem Lenkungsausschuss unterstützt werden. Hierzu werden in einem partizipativen Prozess unter Einbindung von Patientinnen und Patienten standardisierte Fragebögen erarbeitet sowie Leitlinien und Wissensaustausch zur PRO-Datennutzung für klinische Praxis und Qualitätssicherung gefördert. Die priorisierten Krankheitsbilder und Therapiegebiete sind bspw. Knie- und Hüftarthrose, Schlaganfall, Früherkennung von Depressionen oder Diabetes. Auf Versorgungsebene wurden PROMs für einige Krebserkrankungen umgesetzt. Auf individueller Ebene werden PRO-Daten zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation und zur Unterstützung bei gemeinsamer Entscheidungsfindung verwendet. Zudem werden PRO-Daten auch beim Telemonitoring eingesetzt, um bei Bedarf mehr klinische Maßnahmen zu identifizieren (z. B. bei chronischen und malignen Erkrankungen). Die Verwendung von PRO-Daten zur Qualitätssicherung und Forschung werden als zweitrangig angesehen und nur in einigen Indikationsgebieten werden PROMs zur internen und externen Qualitätssicherung bei Versorgern angewandt. Herausforderungen sind die Unterschiede in der IT-Infrastruktur innerhalb des Landes, die Verwendung von PROMs über Sektorengrenzen hinweg und eine unterschiedlich ausgeprägte Anwendung der PROMs in einzelnen Regionen. (Steinbeck et al. 2021)

In **Deutschland** begrenzt sich die Verwendung von PROMs derzeit vorwiegend auf Bottom-up-Initiativen. Eine neue Richtlinie, die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (DeQS-RL), sieht nun vor, dass auch die Ergebnisse systematischer Befragungen von Patientinnen und Patienten (PREMs und PROMs) als zusätzlicher Indikator in die Qualitätsbewertung von Versorgungsleistungen einbezogen werden. (Steinbeck et al. 2021)

## 6 Zusammenfassung und Diskussion

### 6.1 Aktueller Stand der QS und Entwicklungsbedarfe (inkl. Einschätzungen der internationalen Experten)

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 (vgl. Kapitel 2). Dabei wurde von Expertinnen und Experten 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 Expertinnen und Experten hilfreich, um die Qualitätsarbeit in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung generell und hier mit Fokus auf die Versorgung im niedergelassenen ärztlichen Bereich voranzutreiben (vgl. Kapitel 4.1).

Trotz Bekenntnissen zu Qualitätsarbeiten und konkreter Projekte in der aktuellen „Qualitätsstrategie“ (BMGF 2017b) der Zielsteuerungspartner:innen auf Bundesebene ist die Umsetzung der Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich aufgrund der Kompetenzverteilungen und der rechtlichen Rahmenbedingungen herausfordernd. Die Schaffung von seit Jahren geforderten Datengrundlagen und hier v. a. der verpflichtenden kodierten **Diagnosendokumentation** im gesamten ambulanten Bereich ist eine notwendige Voraussetzung für weiterführende Arbeiten im Bereich der (Ergebnis-)Qualität.

Die Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich fokussiert aktuell auf die Struktur- und Prozessqualität und wird im Wirkungsbereich der ÖÄK überwiegend von der ÖQMED umgesetzt. Auch wenn die konkrete Umsetzung des aktuellen Evaluierungsverfahrens von allen Stakeholderinnen und Stakeholdern im Rahmen des aktuell Möglichen positiv hervorgehoben wurde, wurde von mehreren Seiten Kritik an der zögerlichen Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit in Richtung der **Erfassung der Ergebnisqualität** geäußert. Einige Stakeholdervertretungen bzw. Expertinnen und Experten kritisierten überdies das konkrete Verfahren der Selbstevaluierung und forderten Maßnahmen im Sinne einer stichprobenartigen Einsicht in die anonymisierten Patientendokumentationen und regten eine Qualitätsarbeit im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (Qualitätsmanagement) an.

Im Mittelpunkt der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich sollten die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten und deren Interessen stehen: Die Orientierung an den konkreten Interessen der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Qualität der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich wurde nur vereinzelt von Stakeholdervertretungen bzw. Expertinnen und Experten genannt. Auf die Bedeutung dieser Patientenperspektive, die aktuell nur marginal Berücksichtigung findet, und auf die aktive Beteiligung der Zielgruppe in der QA verwies auch Prof. Güntert, Vizepräsident der Eidgenössischen Qualitätskommission, in seiner Stellungnahme. (Güntert 2022)

Zielgruppenorientierte Informationen zur Qualität der Versorgung im niedergelassenen ärztlichen Bereich transparent zugänglich zu machen, ermöglicht allen Systempartnerinnen und -partnern (Ärztinnen, Ärzten und der Systemebene) entsprechende Ableitungen und Optimierungen der Versorgung sowie der Zielgruppe der Patientinnen und Patienten informierte Entscheidungen in Hinblick auf das gesundheitliche Versorgungsangebot.

Konkrete Empfehlungen zur Entwicklung der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich wurden bereits in mehreren Publikationen formuliert und in der Studie von Weißenhofer/Piso (2019) in den fünf Handlungsfeldern Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen (HF1), Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung (HF2), Transparenz der Qualitätsarbeit (HF3), Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit (HF4) sowie verbindliche Standards (HF5) geclustert. Der aktuelle Stand zu den Empfehlungen und deren Priorität wird untenstehend zusammengefasst.

#### **Handlungsfeld 1 „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen“**

Im Handlungsfeld 1 „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen“ zeigt sich, dass der Zielzustand zu den fünf Empfehlungen teilweise erreicht ist. Insbesondere beim Evaluierungsverfahren selbst, aber auch bei der Anzahl der Validitätsprüfungen wurden einige Empfehlungen umgesetzt oder Schritte in Richtung Umsetzung gesetzt; einen Überblick dazu gibt Tabelle 6.1. Der im Bericht von Weißenhofer/Piso (2019) festgelegte Zielzustand *„Als sichtbares Ergebnis der Umsetzung sollen neben der adaptierten institutionellen Verankerung der Qualitätssicherung auch angepasste rechtliche Grundlagen sowie adaptierte Evaluierungsfragebögen und Qualitätsberichte vorliegen.“* wurde aber in Bezug auf die institutionelle Verankerung bisher nicht umgesetzt.

Tabelle 6.1:

HF1 – Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Arztpraxen: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung

Empfehlung	Stand der Umsetzung	Priorisierung
<b>Unabhängige Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich (HF1/1)</b>	» Umsetzung offen, die Empfehlung ist nach wie vor aktuell	↑ sehr hoch wird von allen als wichtiges Thema angesehen, unterschiedliche Positionen der Expertinnen und Experten zur Umsetzung
<b>Verbesserung des derzeitigen (Selbst- und Fremd-)Evaluierungsverfahrens für die Arztpraxen (HF1/2)</b>	» Die drei Rechnungshofempfehlungen RH 19, RH 20 und RH 21 (Grundlage der Empfehlung von Weißenhofer/Piso 2019) wurden in der im Rahmen der QS-VO 2018 und des Fragebogens zur Selbstevaluierung umgesetzt.	→ mittel vorseiten einiger Expertinnen und Experten weitere Vorschläge zum Evaluierungsverfahren
<b>Erhöhung der Anzahl der Validitätsprüfungen (HF1/3)</b>	» In der QS-VO wurde die Möglichkeit der Erhöhung geschaffen, in der neuen QS-VO (ab 2022) ist laut Auskunft der Expertinnen und Experten eine Erhöhung auf rd. 10 % vorgesehen.	→ mittel in Umsetzung, vorseiten einiger Expertinnen und Experten wurden weitere Vorschläge zur Verbesserung formuliert – z. B. Überprüfung bei Neueröffnung einer Ordination
<b>Verpflichtendes Qualitätsmanagement in Arztpraxen (HF1/4)</b>	» Umsetzung offen, die Empfehlung ist nach wie vor aktuell	↑ sehr hoch QM wird als wichtiges Thema angesehen, unterschiedliche Positionen zur Verpflichtung
<b>Voraussetzungen für eine tagesaktuelle elektronische Ärzte- und Ordinationsliste (HF1/5)</b>	» Die zusammenfassende Empfehlung bezieht sich auf zwei Rechnungshofempfehlungen, RH 16 und RH 17; eine davon wurde teilweise (RH 16) und eine nicht (RH 17) umgesetzt. » An der weiteren Umsetzung wird lt. ÖÄK gearbeitet.	→ mittel Einige der befragten Expertinnen und Experten befürworten einen interaktiven Zugriff über eine IT-Schnittstelle für Systempartner:innen oder Open Source

↑ = sehr hoch, → = mittel

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Die Adressaten für die Empfehlungen bzw. jene Stellen, die an der Umsetzung mitwirken müssten, sind das BMSGPK und die Länder sowie die ÖÄK und die ÖQMED als jene Institutionen, die Verantwortung für die Umsetzung der Empfehlungen tragen.

## Handlungsfeld 2 „Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung“

Im HF2 „Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung“ zeigt sich, dass der Zielzustand zu den drei Empfehlungen (vgl. Tabelle 6.2) nicht erreicht ist. Als Zielzustand wurde festgelegt, dass *„[...] die gesetzliche Verankerung der ambulanten Diagnosendokumentation vorliegen [soll], die dokumentierten Daten für Indikatoren sollen verwendet werden und Patientenpfade abgebildet sein. Zudem soll für Indikatoren, die Ergebnis- und Prozessaspekte verbinden, sichtbar werden, ob Veränderungen auf Änderungen in der Versorgung durch Leistungserbringer im Gesundheitswesen oder auf externe Faktoren außerhalb des Einflussbereichs der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Das Vorhandensein von Patientenpfaden soll die Grundlage einer gemeinsamen Verantwortung von Bund, Ländern und Sozialversicherung für das gesamte Versorgungsspektrum*

*bilden.*“ ((Weißenhofer/Piso 2019) Die zusammenfassenden Empfehlungen sind weiterhin aufrecht. Tabelle 6.2 zeigt die Empfehlungen, fasst den Stand der Umsetzung zusammen und gibt auf Basis der Rückmeldungen der Stakeholder:innen in den Interviews eine Einschätzung zur Priorität.

Tabelle 6.2:

HF2 – Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung

Empfehlung	Stand der Umsetzung	Priorisierung
<b>Aufbau und Einführung der ambulanten Diagnosendokumentation (HF2/1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Pilotprojekte haben stattgefunden, Umsetzung offen</li> <li>» laufende Projekte der Zielsteuerungspartner:innen, Thema auf Agenda des Wissenschaftlichen Beirats</li> </ul>	↑ sehr hoch von allen Systempartnern als relevant eingestuft zeitliche Priorität: hoch, da Voraussetzung für weitere QA
<b>Entwickeln und Einführen von Ergebnisindikatoren sowie die Verknüpfung mit Prozessindikatoren (HF2/2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Voraussetzung: ambulante Diagnosen- und Leistungsdocumentation (Vereinheitlichung der Abrechnungsmodalitäten, bundesweite einheitliche Leistungskataloge, Erfassung von Wahlärztinnen und -ärzten im ambulanten Bereich)</li> <li>» laufende Projekte u. a. im Rahmen der Zielsteuerung / Qualitätsstrategie</li> </ul>	→ mittel von vielen Expertinnen und Experten als relevant eingestuft zeitliche Priorität: mittel
<b>Verknüpfen von Indikatoren über Sektorengrenzen hinweg zum Abbilden/Verfolgen von Patientenfaden (Patientenkarrieren) (HF2/3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Voraussetzung: ambulante Diagnosen- und Leistungsdocumentation, EQ-Messung im ambulanten Bereich</li> <li>» laufende Projekte u. a. im Rahmen der Zielsteuerung / Qualitätsstrategie, wie z. B. zu Diabetes mellitus II; zum Teil aufgrund fehlender Voraussetzungen eingestellt</li> </ul>	→ mittel von vielen Expertinnen und Experten als relevant eingestuft zeitliche Priorität: mittel

↑ = sehr hoch, → = mittel

EQ = Ergebnisqualität, HF = Handlungsfeld, QA = Qualitätsarbeit

Quelle: GÖG eigene Darstellung

Adressiert sind das BMSGPK für die gesetzliche Verankerung der verpflichtenden kodierten ambulanten Diagnosendokumentation und die Gremien der Zielsteuerung Gesundheit. Die Zielsteuerungspartner:innen generell und die Ärzteschaft werden als Mitwirkende angesprochen. (Weißenhofer/Piso 2019)

### Handlungsfeld 3 „Transparenz der Qualitätsarbeit“

Im Handlungsfeld 3 sind zwei der drei untenstehenden Empfehlungen (vgl. Tabelle 6.3) weiterhin relevant, wobei Arbeiten zur Umsetzung der Empfehlungen stattgefunden haben. Näheres zum aktuellen IST-Stand und zu den Positionen und Sichtweisen der Stakeholder:innen findet sich in Kapitel 4.2.3.

Der Zielzustand wird nach einem erneuten Hinweis auf die Notwendigkeit der Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich wie folgt beschrieben: „[...] Darüber hinaus sind Qualitätsberichte, Berichte der ÖQMED sowie das Ergebnis der Evaluierungsverfahren (für die Kennzeichnung der Art der Zertifikate) als Informationsbasis notwendig, um die Empfehlungen zu realisieren. Als sichtbares Ergebnis der Empfehlungen sollen Vorgaben für Berichte, (adaptierte) Berichte (Regionsberichte, sektorenübergreifende Qualitätsberichte inkl. Ergebnisqualität, Qualitätsberichte aus der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich) sowie ein adaptiertes Qualitätszertifikat vorliegen.“ (Weißenhofer/Piso 2019)

Tabelle 6.3:

HF3 – Transparenz der Qualitätsarbeit – Entwicklung: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung

Empfehlung	Stand der Umsetzung	Priorisierung
<b>Öffentlichen Zugriff auf Daten zur Leistungsqualität (umfasst auch den Zugriff für die Patientinnen und Patienten) (HF3/1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» verpflichtende Erhebung für selbstständige Ambulatorien über eine Qualitätsplattform</li> <li>» weitere Schritte offen, Voraussetzung: ambulante Diagnosen- und Leistungsdokumentation, EQ-Messung im ambulanten Bereich</li> </ul>	↗ hoch von allen Systempartnern als relevant eingestuft zeitliche Priorität: hoch/mittel, schrittweise Umsetzung möglich
<b>Vorgaben zur Gestaltung, zu Inhalten und Regelmäßigkeit von Qualitätsberichten sowie Prüfung, ob die Vorgaben eingehalten werden (Qualitätsberichte aus der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich sowie sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung und Ergebnisqualität) (HF3/2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Einzelne Empfehlungen wurden bereits umgesetzt, wie die inhaltliche Neugestaltung der Qualitätsberichte der ÖQMED oder die Erhebung der Anforderungen des Wissenschaftlichen Beirats an den Qualitätsbericht oder auch die Auswertung von Routinedaten zu Diabetes mellitus und die Diskussion in Qualitätszirkeln.</li> <li>» QS-VO 2018 setzt einen Rahmen für die QBE im niedergelassenen Bereich, weitere Vorgaben durch das BMSGPK wurden nicht getätigt.</li> <li>» keine Vorgaben zu bundeseinheitlicher, bundesländer-, berufsgruppen- und sektorenübergreifender QBE</li> </ul>	→ mittel von vielen Expertinnen und Experten als relevant eingestuft zeitliche Priorität: mittel, schrittweise Umsetzung möglich, Fragen der Umsetzbarkeit sind zu klären
<b>Sichtbarmachen der Art der Prüfungsgrundlage auf den Zertifikaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte (HF3/3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» im Wissenschaftlichen Beirat der ÖQMED diskutiert und zurückgestellt; mehrheitlich ablehnende Meinung der Expertinnen und Experten</li> </ul>	↓ niedrig von wenigen Expertinnen und Experten als relevant eingestuft zeitliche Priorität: aktuell zurückgestellt

↗ = hoch, → = mittel, ↓ = niedrig

EQ = Ergebnisqualität, HF = Handlungsfeld, QBE = Qualitätsberichterstattung

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Der Großteil der weiterhin gültigen Empfehlungen richtet sich an das BMSGPK sowie in Folge an die ÖQMED. Lediglich bei der Erstellung von Vorgaben zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Berichterstattung werden die Zielsteuerungspartner:innen in Ergänzung adressiert. (Weißenhofer/Piso 2019)

#### Handlungsfeld 4 „Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit“

Auch im Handlungsfeld 4 sind zwei Empfehlungen<sup>13</sup> weiterhin relevant (vgl. Tabelle 6.4), wobei auch hier für einige Qualitätsverbesserungsinitiativen die Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich Voraussetzung ist. Der **Zielzustand** nach Umsetzung der Empfehlungen wird beschrieben als „[...] Es] sollen Feedbackberichte (risiko-adjustiert) für einzelne Ärztinnen und Ärzte auf individueller Ebene mit regionaler Vergleichbarkeit sowie die Ergebnisse der Analyse von Good-Practice-Beispielen den jeweiligen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen. Außerdem sollen die Vorgaben für umsetzungsreife IV-Programme veröffentlicht werden. Als weitere Schritte werden die Umsetzung der integrierten Versorgungsprogramme sowie Sanktionen genannt, falls bei identifizierten Problemen in Ordinationen trotz Feedbackbericht, Unterstützungsmaßnahme und Information keine Verbesserung eintritt.“ (Weißenhofer/Piso 2019)

Tabelle 6.4:

HF4 – Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit – Entwicklung: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung

c	Stand der Umsetzung	Priorisierung
<b>Weiterführen und Neuaufsetzen von einrichtungsübergreifenden Qualitätsverbesserungsinitiativen und Unterstützungsangeboten (HF4/1)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Laufende Arbeiten werden weiter umgesetzt/adaptiert (z. B. CIRS-medical – E-Learning, Patientenbefragung).</li> <li>» Qualitätszirkel – zum Diabetes umgesetzt, zu Herzinfarkt in Planung</li> <li>» weitere Schritte offen, Voraussetzung für einige Qualitätsverbesserungsinitiativen: ambulante Diagnosen- und Leistungsdokumentation</li> </ul>	<p>→ mittel</p> <p>unterschiedliche Einstufung hinsichtlich der Relevanz je nach Inhalt, höher hinsichtlich Weiterführung und -entwicklung, relevant motivierende QA, Unklarheit bzw. weniger Interesse an Ansätzen wie Pay for Performance</p> <p>zeitliche Priorität: mittel, Weiterführung und -entwicklung der Initiativen, Neuausbau wenig prioritär</p>
<b>Priorisieren, Entwickeln und Umsetzen von integrierten Versorgungsprogrammen (HF4/3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Umsetzungsvorbereitung eines elektronischen Leitdokuments</li> <li>» weitere Arbeiten aktuell ruhend gestellt</li> </ul>	<p>↘ eher niedrig</p> <p>IV von vielen Expertinnen und Experten als sinnvoll erachtet</p> <p>zeitliche Priorität: niedrig im Sinne von Anknüpfen nach der Schaffung entsprechender Voraussetzungen (Dokumentationsmöglichkeiten)</p>

→ = mittel, ↘ eher niedrig

HF = Handlungsfeld, IV = Integrierte Versorgung, QA = Qualitätsarbeit

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Die Empfehlungen adressieren primär das BMSGPK, sehen aber eine Mitwirkung der ÖQMED und der Zielsteuerungspartner:innen vor. (Weißenhofer/Piso 2019)

<sup>13</sup>

Die ärztliche Weiterbildung ist nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts, insofern wird die Empfehlung „Verbesserungen bei und stärkere Verankerung der Weiterbildung im Rahmen der (Wieder-)Zulassung von Ärztinnen/Ärzten (HF4/2)“ hier nicht weiter betrachtet.

### **Handlungsfeld 5 „Verbindliche Standards“**

Im HF5 „Verbindliche Standards“ werden drei Empfehlungen genannt, wobei diese das Ziel verfolgen, „zu der Veröffentlichung einer aktualisierten Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz (mit geklärten Begriffen) und der Veröffentlichung von Standards (Qualitätsstandards, Mindestanforderungen) mit klarer Verbindlichkeit zu führen, die rechtzeitig aktualisiert werden. Zudem sollen in weiterer Folge periodische Berichte über die Umsetzung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme vorliegen.“ (Weißenhofer/Piso 2019)

Die zusammenfassenden Empfehlungen sind weiterhin aufrecht in dem Sinne, dass die Klärung von Begrifflichkeiten und das Vornehmen eine Kategorisierung (HF5/1) noch nicht umgesetzt wurden und das Entwickeln und Verbindlichmachen von (Qualitäts-)Standards sowie der berufsspezifischen Mindestanforderungen an QM-Systeme sowie das Sicherstellen von deren Einhaltung (HF5/2) sowie das rechtzeitige Aktualisieren bestehender (Qualitäts-)Standards (HF5/3) ein kontinuierlicher Prozess sind. In untenstehender Tabelle 6.5 findet sich der Stand der Umsetzung und eine Einschätzung der Priorität auf Basis der Rückmeldungen der Stakeholder:innen.

Tabelle 6.5:

## HF5 – Verbindliche Standards: Empfehlungen, Ist-Stand und Umsetzung

Empfehlung	Stand der Umsetzung	Priorisierung
<b>Klären von Begriffen und Vornehmen einer Kategorisierung (HF5/1)</b>	» Das GQG ist seit Erscheinen des RH-Berichts unverändert gültig.	→ mittel von einigen Expertinnen und Experten als relevant eingestuft zeitliche Priorität: mittel
<b>Entwickeln und Verbindlichmachen von (Qualitäts-)Standards (als Leitlinie oder Richtlinie) sowie der berufsspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme sowie das Sicherstellen von deren Einhaltung (HF5/2)</b>	» Aktualisierung der Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards und laufende Arbeit an konkreten Qualitätsstandards ist erfolgt. » Arbeiten zu berufsspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme wurden aufgenommen, konnten jedoch nicht weiter umgesetzt werden. » Hinsichtlich der Verbindlichkeit der Qualitätsstandards bzw. Mindestanforderungen und der Sicherstellung der Einhaltung wurden keine weiteren Festlegungen getroffen.	in Bezug auf Entwickeln: → mittel von vielen Expertinnen und Experten als relevant eingestuft zeitliche Priorität: mittel  in Bezug auf Verbindlichmachen: → mittel widersprüchliche Meinungen zur Notwendigkeit zeitliche Priorität: mittel
<b>Rechtzeitiges Aktualisieren bestehender (Qualitäts-)Standards bzw. eine rechtzeitige Veröffentlichung als Leitlinie oder Richtlinie (HF5/3)</b>	» laufende Arbeiten zur Aktualisierung der (Qualitäts-)Standards » Arbeiten zu einzelnen (Qualitäts-)Standards wurden jedoch, z. B. aus Gründen erforderlicher Vorarbeiten im Bereich der ambulanten Diagnosen- und Leistungsdokumentation und digitaler Dokumentation, ruhend gestellt.	↗ hoch von vielen Expertinnen und Experten als relevant eingestuft zeitliche Priorität: hoch (aktuell)

↗ = hoch, → = mittel  
HF = Handlungsfeld

Quelle: GÖG eigene Darstellung

## 6.2 Diskussion und Limitationen

Vorliegende Arbeit baut zur Vermeidung von Doppelungen und entsprechend dem Arbeitsauftrag an die AG „Qualitätssicherung“ zur Ärztesgesetz-Novelle auf dem GÖG-Bericht „Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich“ von Weißenhofer/Piso (2019) und damit auf den drei zugrunde liegenden rezenten Berichten zur Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich in Österreich (Czypionka et al. 2018); (Mossialos et al. 2017); (Rechnungshof 2018) auf. Die Darstellungen zum IST-Stand des Systems der QS sowie zum Entwicklungsbedarf und mögliche Handlungsoptionen aus Sicht der Stakeholder:innen orientieren sich an diesen Empfehlungen. Auch wenn darüber hinaus die Möglichkeit für Rückmeldungen zum System der QS im niedergelassenen ärztlichen Bereich gegeben wurde und zusätzlich

eine Erhebung von Qualitätsinitiativen, aber auch Anregungen bei den Bundesfachgruppen und ausgewählten Fachgesellschaften mit Bezug zu der niedergelassenen ärztlichen Versorgung durchgeführt wurde, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Aspekte der QA in diesem Bereich im vorliegenden Bericht nicht beleuchtet werden.

Die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich im engeren Sinne ist auf Basis des ÄrzteG in der QS-VO geregelt, welche das System der Evaluationen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten inklusive Selbstevaluationen und Validitätsprüfungen und darauf aufbauender Qualitätsberichte im Detail regelt. Diese Qualitätsarbeit im engeren Sinne ist in übergeordnete Strukturen und gesetzliche Grundlagen eingebettet. Dazu gehören neben grundlegenden Voraussetzungen zur Qualitätsmessung (z. B. Diagnose- und Leistungsdokumentation im ambulanten Bereich) die konkrete (Ergebnis-)Qualitätsmessung in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung, aber auch über die Sektorengrenzen hinweg, die QBE, Qualitätsstandards oder auch Bestrebungen zur Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit. Auf einer noch abstrakteren Ebene nehmen auch Governance-Aspekte wie die institutionelle Verortung der Qualitätssicherung Einfluss.

Die gesetzlichen Regelungen werden in Zusammenhang mit der Abbildung dieses Systems der Qualitätsarbeit dargestellt (und es wird auch auf konkrete Gesetzesstellen verwiesen). Ein großer Teil der Empfehlungen und möglichen Handlungsoptionen benötigt eine (Anpassung der) gesetzliche(n) Grundlage. Der vorliegende Bericht legt hierbei lediglich die Positionen und Empfehlungen dar, kann allerdings keine Aussage über die rechtliche Umsetzbarkeit bzw. deren legislative Ausgestaltung tätigen. Diese Einschätzungen sind Aufgabe des Gesetzgebers und damit des BMSGPK.

Für den gemäß ÄrzteG im Sommer 2022 durch den Bundesminister für Gesundheit vorzulegenden Evaluierungsbericht sind neben dem Bund auch Länder, Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer miteinzubeziehen. Für den vorliegenden Bericht wurden zu Zwecken der Vollständigkeit zusätzliche Stakeholder:innen wie die Patientenanwaltschaft, die ÖQMED und deren Wissenschaftlicher Beirat miteinbezogen und weitere Expertinnen und Experten befragt. Die jeweiligen Sichtweisen und Positionen werden – wo notwendig – als solche ausgewiesen und können daher gut voneinander abgegrenzt werden.

In den Sitzungen der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ wurden erste Positionen von Bund, Ländern und SV zur Ärztegesetz-Novelle 2021 und zu dem damit verbundenen Arbeitsauftrag an die AG „Qualitätssicherung“ – der Erarbeitung von Empfehlungen zu Inhalten und Organisation der Qualitätsarbeit, die politischen Entscheidungen zugrunde gelegt werden können – dargelegt. Im Vorfeld der Interviews wurde um Nominierungen von Vertretungen der Stakeholder:innen gebeten und aufgrund des zeitlichen Abstands nochmals um schriftliche Rückmeldung zu den Empfehlungen in den Handlungsfeldern ersucht. Seitens der Stakeholder:innen wurden allerdings in vielen Fällen Expertinnen und Experten nominiert, welche Fragen anhand ihrer Kenntnisse in dem Bereich beantworten, jedoch nicht in jedem Fall Aussagen zu den offiziellen (abgestimmten) Stakeholderpositionen geben konnten.

Aus diesem Grund leitet vorliegender Bericht keine klaren Handlungsoptionen ab, welche auf akkordierten Stakeholderpositionen basieren. Er zeigt vielmehr – neben der Darstellung des aktuellen IST-Stands der Qualitätssicherung und -messung im niedergelassenen Bereich – die

Entwicklungsbedarfe aus Sicht der Expertinnen und Experten bzw. einzelnen Vertretungen der Stakeholder:innen auf und gibt ergänzend Hinweise internationaler Expertinnen und Experten zu Ausgestaltungen konkreter Maßnahmen der Qualitätsarbeit in anderen Ländern, die sich in den Erhebungen bei Stakeholderinnen und Stakeholdern als prioritär erwiesen.

Es bedarf zur Entwicklung endgültiger Handlungsoptionen somit Verhandlungen in den dafür zuständigen Gremien (d. s. die AG und SG zur Ärztegesetz-Novelle).

## 6.3 Fazit

Trotz des Bestehens einer Qualitätsstrategie und umfangreicher rechtlicher Regelungen wird von Expertinnen und Experten das Fehlen einer übergeordneten Gesamtstrategie für die Qualitätssicherung bzw. -arbeit konstatiert und der langsame Fortschritt und mangelnde Initiative der Stakeholder:innen in der QA im niedergelassenen ärztlichen Bereich kritisiert. Die Kompetenzverteilung sei vor allem für die Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich hinderlich und die seit Jahren geforderte elektronische, kodierte Diagnosendokumentation sei noch immer ausständig. Dem Gesundheitsqualitätsgesetz wird von mehreren Seiten zugeschrieben, dass es eigentlich einen guten Rahmen für Qualitätsarbeit biete, allerdings erst „wachgeküsst werden müsste“ oder in der bestehenden Form „ein zahnlöser Tiger“ sei. Die erhobenen Informationen zu Qualität seien im niedergelassenen Bereich für die Patientinnen und Patienten nicht in aussagekräftiger Form einsehbar und insgesamt seien Informationen zur Qualität der Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich wenig transparent. Auch wenn die konkrete Umsetzung des Evaluierungsverfahrens bei der niedergelassenen Ärzteschaft und die Verbesserungen, die in den vergangenen Jahren umgesetzt wurden, als eine der größten Stärken des derzeitigen Systems gesehen werden, biete die Form der Evaluierung (verpflichtende Selbstevaluierung alle fünf Jahren) wenig Anreize, in den ärztlichen (Gruppen-)Praxen QM im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses aktiv zu betreiben. Auch die Ärzteschaft selbst (Bundesfachgruppen) fordert z. T. eine verpflichtende Einführung von QM-Tools im niedergelassenen Bereich.

Eine Überarbeitung der Qualitätsstrategie konkreter in Richtung einer Gesamtstrategie für die Gesundheitsversorgung, welche Qualitätsarbeit tatsächlich sektorenübergreifend betrachtet und die Patientin bzw. den Patienten in den Mittelpunkt stellt, ist zur (politischen) Diskussion zu stellen.

Aus den geclusterten Empfehlungen des Berichts von Weißenhofer/Piso (2019) wurde in folgenden Bereichen von den Expertinnen und Experten bzw. Vertretungen der Stakeholder:innen besonderer Entwicklungsbedarf gesehen:

### **„Unabhängige“ Organisation/Governance der QS im niedergelassenen ärztlichen Bereich**

Wie an mehreren Stellen des vorliegenden Berichts beschrieben, ist im Ärztegesetz 1998 geregelt, dass die ÖÄK als Landesvertretung der Ärzteschaft die ÖQMED einrichtet und auch für die Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich Sorge zu tragen hat.

Zusätzlich zu den gemäß GmbH-Gesetz verpflichtenden Organen ist die ÖQMED verpflichtet, einen Wissenschaftlichen Beirat und einen Evaluierungsbeirat einzurichten.

Der Bericht von Czypionka et al. (2018) hält zur institutionellen Verankerung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich fest, dass Österreich bezüglich der institutionellen Verankerung der QS „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 (vgl. Kapitel 5.2). Auch der Rechnungshofbericht aus dem Jahr 2018 empfiehlt, „Szenarien zur Etablierung einer finanziell und organisatorisch unabhängigen Qualitätssicherungseinrichtung“ (Rechnungshof 2018) zu entwickeln.

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 hält ein internationaler Experte fest, 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 Expertinnen und Experten der Stakeholder:innen wurde die o. g. Empfehlung als wesentlich im Bereich der QS im niedergelassenen Bereich eingeschätzt, allerdings gibt es Differenzen bzgl. der Perspektiven auf eine alternative Ausgestaltung (vgl. Kapitel 4.2.1.3). Hier wurden vonseiten der Expertinnen und Experten folgende drei Optionen zum möglichen weiteren Vorgehen bzgl. Governance vorgeschlagen:

- » **Option 1: neuer gemeinsamer Rechtsträger** in Form eines stakeholderübergreifenden Qualitätsrats aus Bund, Ländern, SV und ÖÄK, 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 (zur genaueren Ausgestaltung des Vorschlags vgl. Abbildung 4.1: Diskussionsgrundlage zur künftigen Governance)
- » **Option 2: Vernetzung:** Nach diesem Vorschlag sollten übergeordnete Themen in Gremien der ZS-G (Fachgruppe Versorgungsprozesse), erweitert um Finanzierung, bearbeitet werden. Diese Aktivitäten sollten mit jenen des Wissenschaftlichen Beirats vernetzt werden.
- » **Option 3: Beibehaltung aktuelle Organisationsform:** Jene Expertinnen und Experten, die sich für diese Option aussprachen, begründeten dies damit, dass das momentane System sich 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 Expertinnen und Experten 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 QS immer gut funktioniert habe.

Die drei genannten Optionen zur Governancestruktur bringen unterschiedliche Möglichkeiten der Gestaltung der QA 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 QA im niedergelassenen ärztlichen Bereich. Insofern hat die Entscheidung über die Governancestruktur Ergebnis eines politischen Verhandlungsprozesses zu sein.

Seitens eines internationalen Experten wird mit Bezug zu der „unabhängigen Neuausrichtung der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich“ angemerkt, dass zu klären sei, auf welcher Ebene die „Unabhängigkeit“ zu schaffen sei: 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 weiterdenken in Richtung einer Agentur zur Weiterentwicklung der Qualitätsbemühungen durch Förderung von Forschung und Pilotprojekten.

Prof. Güntert hält in Präzisierung von Option 1 die Schaffung eines neuen gemeinsamen Rechtsträgers im Sinne einer gemeinsamen Organisation der Stakeholder 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 weiterer internationaler Experte, Dr. Jonitz spricht sich im Gegensatz dazu eher dafür aus die momentane Organisationsform (Option 3) beizubehalten, da sonst die Akzeptanz unter der Ärzteschaft leiden würde (Jonitz 2022).

Mit Bezug zu der „Governancestruktur“ merkt Prof. Güntert an, dass der Patientenperspektive im Zusammenhang mit Qualität eine sehr große Bedeutung zukommt, die in der Diskussion der Governancestruktur durch die Expertinnen und Experten sowie Stakeholdervertreter:innen aktuell nur marginal berücksichtigt werde. Unterstützt wird diese Aussage durch die Erfahrungen aus der Schweiz, deren Qualitätsstrategie „Patientenzentriertheit“ als eines von vier Oberzielen festlegt. Auch Dr. Veit hält fest, dass *„die Einbeziehung von Patientenorganisationen und ihren Vertretungen [...] bis hin zur Mitgliedschaft in Entscheidungsgremien“ reichen sollte. Die WHO sieht „Personenzentrierung“* als eine von drei Dimensionen, die für eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung Voraussetzung sind. Dies entspricht auch den Regelungen im GQG, welches festlegt, dass Gesundheitsleistungen patientenorientiert zu erbringen sind.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung im ärztlichen niedergelassenen Bereich hält Dr. Veit fest, 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 Ärztenverbände der Träger, Kostenträger und auch der Patientenvertretung, die hier mit entsprechender Fachkompetenz die Weiterentwicklung der Verfahren gestalten.

Prof. Güntert weist darauf hin, 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. Die aktuellste Diskussion in der Schweiz zeige, dass mit fehlender Finanzierung auch sehr engagierte Akteurinnen und Akteure ihre Initiativen zur Qualitätsentwicklung sistieren.

### Entwicklung einer gesamthaften Qualitätsstrategie

Mit dem Bekenntnis der Stakeholder:innen zu QA im niedergelassenen ärztlichen Bereich steht auch die seitens einiger Expertinnen und Experten geforderte **Gesamtstrategie für die Qualitätssicherung** im Zusammenhang. Eine solche könnte in Option 1 – zur Governancestruktur – von einem Qualitätsrat entwickelt werden und die strategische Ausrichtung, aber auch die konkreten Arbeiten zur QA festlegen. Im Zusammenhang mit der Gesamtstrategie für Qualitätssicherung wurde aber auch betont, dass zumindest eine bessere Verbindung der Arbeiten des Wissenschaftlichen Beirats der ÖQMED mit der Zielsteuerung-Gesundheit (Fachgruppe Versorgungsprozesse) notwendig sei, da der Informationsfluss aktuell lückenhaft sei und die Verknüpfung der Arbeiten derzeit nicht gut funktioniere. Zwar gebe es aktuell gute Einzelinitiativen im Bereich der Qualitätssicherung, die übergeordnete Strategie fehle jedoch. Bei Erstellung einer Qualitätsstrategie sollte man sich an den Prozessen in anderen Ländern orientieren. In der Schweiz wurden die Schwerpunkte in einem breiten Prozess unter Einbeziehung von nationalen und internationalen Expertinnen und Experten, Stakeholderinnen, Stakeholdern und Patientenorganisationen erstellt. Auch wurden im Vorfeld in einer Studie die Interessen/Blickwinkel von Patientinnen und Patienten erhoben (vgl. Kapitel 5.2). Mit Blick auf die Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich schlägt Dr. Veit vor die Maßnahmen hinsichtlich der Bezugsebene (Indirekte Maßnahmen, die Einrichtungen zur QS auffordern, oder direkte Maßnahmen, die Anforderungen an die Patientenversorgung stellen), der Steuerungsebene (Freiwillige oder verpflichtende Maßnahmen und ihre Handlungskonsequenzen) und der Transparenzebene (interne Maßnahmen, Maßnahmen die externen Expertinnen:Experten zur Verfügung gestellt werden, Maßnahmen, die nicht nur auf Gesamt, sondern auch auf Einzelebene veröffentlicht werden) zu unterscheiden. Anhand der Clustering könnte die aktuelle Situation und möglicher Veränderungsbedarf diskutiert werden. Auch Dr. Jonitz betont die Wichtigkeit eines übergeordneten politischen Rahmens, jedenfalls sollte das Warum, d.h. die Hintergründe und Notwendigkeiten einer systematischen Qualitätsarbeit dargelegt werden, um bei allen Akteuren das Verständnis und Comittement für Qualitätsarbeit zu fördern. Dafür könne „eine Art Auftaktveranstaltung bzw. Zwischenbilanz der Maßnahmen (Österreichischer Qualitätskongress)“ hilfreich sein (Jonitz 2022).

Hier sei auch auf die Anmerkungen des Schweizer Experten verwiesen, der die Frage nach der Ebene der „Neuausrichtung“ der Qualitätssicherung stellt.

### **Einführung einer Diagnosen- und Leistungsdokumentation im niedergelassenen ärztlichen Bereich als Basis für weitere Qualitätsarbeiten**

Eine Betrachtung der Qualitätskriterien im Rahmen der ärztlichen Selbstevaluierung zeigt, dass diese einen Fokus auf Strukturen haben und im Regelfall deskriptiv sind, demnach also keine Kenn- oder Maßzahlen, die einen einfachen Vergleich oder Überblick über die Qualitätsmerkmale erlauben würden. Prozesskriterien sind zwar enthalten, beziehen sich aber nur in einem geringen Ausmaß auf den Versorgungsprozess an der Patientin und am Patienten. Ergebnisbezogene Kriterien fehlen bislang. Zu Ergebnissen und Ergebnisqualität wird im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im Projekt A-OQI (Austrian Outpatient Quality Indicators) gearbeitet, im Zuge des Projekts wurde auf das Fehlen der einheitlichen, kodierten, elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation als Grundlage für die (Weiterentwicklung der) Arbeiten in diesem Bereich verwiesen. Auch ist *„die Diagnosendokumentation einer der letzten Bausteine zur sektorenübergreifenden Qualitätsmessung [...] , welche die Darstellung von Patientenkarrieren ermöglicht“*, so eine Expertin. Auch internationale Experten verweisen darauf, dass die Diagnose- und Leistungsdokumentation Kernbestandteil der ärztlichen Berufspflichten zählt bzw. dass eine einheitliche Kodierpraxis für das gesamte Gesundheitswesen künftig unabdingbar wäre. Auch wird auf die anwenderfreundliche Kodierung und die Nutzung der Daten für Qualitätsverbesserungen im Sinne eines professionellen und systematischen Lernens verwiesen. (Jonitz 2022); (Veit 2022)

Daher sollte an laufenden Projekten zur Umsetzung der Diagnosendokumentation für den ambulanten Bereich weitergearbeitet werden. Ein Commitment aller Stakeholder:innen – auch der ÖÄK als Landesvertretung der künftigen Anwender:innen – zur Umsetzung der Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich könnte das Thema befördern. Dieses könnte in einem Qualitätsgremium für koordinative Fragen im Bereich Qualität (z. B. in der Governancestruktur Option 1, im stakeholderübergreifenden Qualitätsrat) erzielt werden und entsprechende Umsetzungsschritte könnten gemeinsam beschlossen werden. Hier sind Fragen der rechtlichen Regelungen, einer anwenderfreundlichen Umsetzung und der Finanzierung allfällig notwendiger Strukturen zu klären. Lernerfahrungen anderer Länder hinsichtlich der Umsetzung einer elektronischen, kodierten Diagnosendokumentation basierend auf ICPC-2 bzw. ICD-10, aber auch zu deren Anwendung im Rahmen der QA können hier genutzt werden. Jedenfalls sollte ein realistischer und mit allen Stakeholderinnen und Stakeholdern (Zielsteuerungspartner:innen und Ärztekammer) abgestimmter Fahrplan zur Umsetzung einer Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich entwickelt werden. Im Anschluss können Fragen über die konkrete Bildung und Nutzung von EQ-Indikatoren und möglichen Anreizen zu deren Nutzung geklärt werden.

### **Transparenz, Qualitätsberichterstattung, Patienteninformation**

Die Qualitätsarbeit bzw. -sicherung sollte jedenfalls die Interessen der Empfänger:innen der Leistungen, d. h. der Patientinnen und Patienten, besser jedoch aller potenziellen Empfänger:innen, d., im Blick haben. Diese ziehen Nutzen aus der gesundheitlichen Versorgung, tragen aber auch einen potenziellen Nachteil aus nicht adäquat bzw. nicht optimal erbrachter Leistung. Auf die Relevanz der Patientenorientierung der QA verweisen internationale Publikationen (IOM Committee on Quality of Health Care in America 2001; (OECD 2017)), Analysen zur Transparenz der Qualität

im Gesundheitswesen in den Nachbarstaaten (BAG 2022b); (Etgeton 2022), aber auch internationale und nationale Expertinnen und Experten.

Aktuell ist gemäß Ärztegesetz (§ 118 b und d ÄrzteG) zwar je Beirat der ÖQMED, welche die verpflichtende Qualitätssicherung im engeren Sinne im niedergelassenen ärztlichen Bereich umsetzt, 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 sind damit die Interessen der (potenziellen) Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den anderen Stakeholderinnen und Stakeholdern unterrepräsentiert. Andere mit QA in diesem Bereich befasste Gremien, wie die Zielsteuerung-Gesundheit, sehen in ihren Gremien, wie der für Qualitätsagenden zuständigen Fachgruppe Versorgungsprozesse, keine Patientenbeteiligung bzw. Partizipation vor. Die Interessen der Patientinnen und Patienten sollten jedoch in der Gestaltung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich berücksichtigt werden. „Die rein professionelle Definition von Versorgungsqualität ließe oft Aspekte vermissen, die für die Patientenversorgung wichtig sind“, hält Dr. Veit hierzu fest. Die Einbeziehung von Patientenorganisationen und ihren Vertretungen in Fokusgruppen zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren, aber auch in Entscheidungsgremien hält Dr. Veit für relevant. (Veit 2022)

Hierzu wären in einem ersten Schritt die aus Sicht der Patientinnen und Patienten relevanten Parameter hinsichtlich der Qualität der gesundheitlichen Versorgung und des Bedarfs und der Bedürfnisse nach Information zu erheben. Auf der anderen Seite ist die Qualität des Behandlungsprozesses aus Sicht der Patientinnen und Patienten (z. B. mittels PREMs und PROMs, wie sie international zum Einsatz kommen) auch als relevanter Qualitätsparameter zu erheben (vgl. Kapitel 5.6.2).

Hinsichtlich Transparenz, Datenzugang und Berichterstattung ist anzumerken, dass zwar ein Qualitätsbericht durch die ÖQMED erstellt und auch veröffentlicht wird, dies aber eine sehr hochschwellige und aggregierte Information darstellt. Für Patientinnen und Patienten wird die Qualität der Ordinationen bzw. Gruppenpraxen im Rahmen der Prüfung entlang der Kriterien der QS-VO mittels Qualitätszertifikat der ÖQMED sichtbar gemacht. Allerdings ist für Patientinnen und Patienten nicht ersichtlich, auf welche Art von Qualität sich dieses 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:eine Leistungsanbieter:in 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 Patientinnen und Patienten bei der Wahl der Ärztin bzw. des Arztes unterstützen. Internationale Beispiele zeigen mögliche Umsetzungen, wie die Informationsplattformen des NHS für Patientinnen und Patienten oder das vom niederländischen Patientenverband gemeinnützig betriebene Portal Zoorgkaart Nederland. In beiden Ländern bieten Plattformen die Möglichkeit der Suche von Ärztinnen und Ärzten für bestimmte Krankheitsbilder, eine vom jeweiligen Portal überprüfte Bewertung der Leistungsanbieter:innen, aber auch einen Nachweis allfälliger Qualitätszertifikate bzw. Ergebnisse von Qualitätsüberprüfungen (vgl. Kapitel 5.5). Auch für andere Zielgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Zuweisung von Patientinnen und Patienten) könnten

zielgerichtete, transparente Informationen zur Qualität der Erbringer:innen von (ärztlichen) Gesundheitsleistungen im niedergelassenen Bereich von Relevanz sein. Internationale Experten verweise hier darauf, dass jedenfalls von Rankings abzusehen wäre und Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz von vertrauensbildenden Maßnahmen zu begleiten wären.

### **Qualitätssicherung in Arztpraxen und Qualitätsmanagementsysteme**

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 QS-VO vor allem an der Struktur- und z. T. an der Prozessqualität. Die verbindlichen Evaluierungskriterien bleiben, wenngleich sie z. B. Aspekte aus den Mindestanforderungen an QM-Systeme berücksichtigen (Vorliegen eines QM-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 schaffen ist.

Mit Bezug zu den gemessenen Qualitätsdimensionen hält Dr. Veit 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 Sicht von Dr. Veit zeitnahe durchgesetzt werden.

Das Verständnis der Ärzteschaft und anderer Stakeholder:innen differiert im Bereich der Ergebnisqualität: Hierzu hält Prof. Güntert fest, dass das Behandlungsergebnis (je nach Indikation) nicht nur von der Qualität der ärztlichen Leistung, sondern von vielen Faktoren abhängig ist, die nicht allein in der Sphäre der einzelnen Leistungserbringer:innen liegen, sondern zum Teil in der (sektorenübergreifenden) gesundheitlichen Versorgung sowie bei den Patientinnen und Patienten als Co-Produzentinnen und Co-Produzenten ihrer Gesundheit. Die Rolle der Patientinnen und Patienten kann bei der Messung der Ergebnisqualität (statistisch) nicht angemessen berücksichtigt werden. Das spricht damit weitgehend gegen eine isolierte Messung der Ergebnisqualität auf Ebene der einzelnen Leistungserbringer:innen. (Güntert 2022) Auch Dr. Veit vertritt die Ansicht, dass Ergebnisqualität im niedergelassenen Bereich nur schwer mit vertretbarem Aufwand zu messen ist, sodass die Ergebnisse „fair vergleichbar“ wären. Auch er betont die Relevanz der Compliance der Patientinnen:Patienten 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 angeregt, dass für neu gegründete Ordinationen die Möglichkeit oder Verpflichtung zu einer Prüfung (also nicht nur Selbstevaluierung) gemäß den Evaluierungskriterien der QS-VO bestehen sollte. Möglicherweise bedarf es hier eines weiteren Ausbaus der Unterstützungsangebote der ÖQMED. Vonseiten (inter-)nationaler Expertinnen und Experten wurde zu konkreten Evaluierungsverfahren angeregt, dass die Möglichkeit einer stichprobenartigen Qualitätskontrolle in kürzeren Abständen als den aktuell vorgesehenen fünf Jahren bestehen sollte, es wurde aber auch festgehalten, dass „ein Blick von außen“ in Form interner oder externer 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.

Es gibt Anforderungen an Mindeststandards für QM-Systeme, allerdings ist die Umsetzung eines QM-Systems in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung nicht verbindlich vorgesehen. QM-Systeme werden sowohl von der ÖQMED als auch von anderen Leistungsanbieterinnen und -anbietern – zum Teil auch kostenfrei – Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt. Für Deutschland ist beispielsweise in SGB V für Leistungserbringer:innen geregelt, in der vertrags-ärztlichen Versorgung ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement verbindlich einzuführen und weiterzuentwickeln. Eine eigene Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) des G-BA legt die wesentlichen Elemente, die das System aufzuweisen hat, fest, ohne dass ein System verbindlich gemacht wird oder eine Zertifizierung vorgeschrieben wird (vgl. Kapitel 5.3.2). Dr. Jonitz, vormaliger 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 QM-Systemen in der ambulanten Praxis wie QEP oder ISO 9001, hierdurch werde ein Grundverständnis für QM erzeugt. Ein Vorgehen ähnlich wie in Deutschland könnte Anstoß für die QA im niedergelassenen ärztlichen Bereich sein, der wissenschaftliche Beirat der ÖQMED könnte mit der Thematik befasst werden.

Dr. Jonitz regt weiter an, eine Zwischenbilanz der Maßnahmen der QA zu ziehen und positiv besetzte Veranstaltungen (Kongress inkl. „Markt der Möglichkeiten“, „Tag der guten Botschaft“) zu schaffen in denen Initiativen und Erfolge von QA aufgezeigt werden können, aber auch herausfordernde Themen diskutiert werden können.

**Für die (Weiter-) Entwicklung einer umfassenden Qualitätsstrategie und einer entsprechenden Governancestruktur braucht es den politischen Diskurs. Die konkrete Ausgestaltung der Qualitätsarbeit im niedergelassenen ärztlichen Bereich und deren Einbettung in ein System der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen bedarf des Commitments aller Systempartner. In Zuge dessen sollte auch geklärt werden, was jeweils unter ‚Ergebnisqualität‘ verstanden wird. Aktuell differieren hier die Vorstellungen der Stakeholder. Weiters bedarf es neben der Schaffung von Voraussetzungen wie einer einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation, einer Diskussion der Themen der sektorenübergreifenden Qualitätsarbeit, der Beachtung und Einbeziehung der Patientensichtweisen und von Patientensicherheitsaspekten, der Qualitätsprozesse an den Übergängen**

**der einzelnen Sektoren und Qualitätsaspekte 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.**

## 7 Anhang

### 7.1 Gesetzgebung – Erlassung von für Qualitätssicherung maßgeblichen Gesetzen durch das Bundesministerium

Tabelle 7.1:

Gesetzgebung – Erlassung von für Qualitätssicherung maßgeblichen Gesetzen durch das Bundesministerium

---

Gesetzliche Grundlage (Gesetz/Paragraph)		Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich <sup>1</sup>	Verweis im Bericht
GQG, ÄrzteG, MPG		Gesetzgebung	Gesetzgebung – Erlassung von für Qualitätssicherung maßgeblichen Gesetzen		Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.
ÄrzteG	§ 195g (1)		Rückstellung der Entwürfe von Verordnungen im übertragenen Wirkungsbereich zur Verbesserung, insb. wenn gegen bestehende Vorschriften verstoßen wird	möglich	Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.
ÄrzteG	§ 245 (6)		Erlassung der QS-VO, wenn keine Einigung der Österreichischen Ärztekammer mit den Landeshauptfrauen/Landeshauptmännern zustande kommt und die Österreichische Ärztekammer bis 31. Dezember 2022 keine neue VO erlassen oder die bestehende VO verlängert hat	verpflichtend	Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.
MPG	§ 94		Erlassung einer Verordnung hins. der Maßnahmen zum Qualitätsmanagement im Hinblick auf die Gewährleistung des Schutzes der Sicherheit und Gesundheit von Patientinnen, Patienten, Anwenderinnen, Anwendern oder Dritten	verpflichtend	Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.
MPG	§ 95 (1)		Erlassung einer Verordnung zu Mindestanforderungen an Maßnahmen und Vorkehrungen zum Qualitätsmanagement im Hinblick auf Errichtung, Inbetriebnahme, Anwendung, Instandhaltung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten	möglich	Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.

MPG	§ 95 (2)		Erlassung einer Verordnung mit Anforderungen und Voraussetzungen, unter denen in Gesundheitseinrichtungen Systeme des Qualitätsmanagements hins. Errichtung, Anwendung, des Betriebs, der Instandhaltung, der Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten zertifiziert werden können	möglich	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
-----	-------------	--	--	---------	--

1 = Die Spalte „Verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder ob lediglich die Möglichkeit dazu eingeräumt wird.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## 7.2 Grundlegende Aufgaben der Qualitätsarbeit des Bundesministeriums

Tabelle 7.2:  
Grundlegende Aufgaben der Qualitätsarbeit des Bundesministeriums

Gesetzliche Grundlage	Gesetz (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/ möglich <sup>1</sup>	Verweis im Bericht
GQG	§ 1 (3)	bundesweite Koordination und Abstimmung	Abstimmung der Akteurinnen und Akteure und bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zur nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Art. 20	bundesweite Koordination und Abstimmung	Angehörigkeit der Bundes-Zielsteuerungskommission (4 Vertreter:innen)	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 9 (1)	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen	Einrichtung eines Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen	verpflichtend	
GQG	§ 9 (1)		Bedienung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen	möglich	
GQG	§ 4 (1)	Qualitätsstandards	Unterstützung bei Entwicklung von Qualitätsstandards unter Einbeziehung der Betroffenen (insbesondere Gesundheitsberufe, Patientinnen und Patienten)	möglich	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 4 (2)	Bundesqualitätsleitlinien und -richtlinien	Empfehlung von Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinie oder Erlassung von Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung	möglich	

Gesetzliche Grundlage	Gesetz (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich <sup>1</sup>	Verweis im Bericht
GQG	§ 5 (1)	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	Sicherstellung, dass im Sinne einer systematischen Qualitätsarbeit bei Qualitätsvorgaben Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden (in direktem und ausgewogenen Verhältnis, wobei Ergebnisqualitätsindikatoren und deren Messung in allen Sektoren vorrangig ist); Vorgaben gemäß ZS-G mit Bedacht auf bestehende Melde- und Dokumentationserfordernisse sowie internationale Entwicklungen	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 5 (2)		Entwicklung von verbindlichen Strukturqualitätskriterien (Erfüllung unabhängig von Organisationsform) und Festlegung entsprechender Meldepflichten	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 5 (3)		Entwicklung von verbindlichen Anforderungen und Unterstützung durch Zurverfügungstellung von geeigneten Instrumenten; Festlegung der Indikatoren und Meldepflichten zu diesen Indikatoren (u. a. i. R. v. Qualitätsberichterstattung)	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 5 (4)		Festlegung von Indikatoren, Referenzgrößen und entsprechenden Meldepflichten (u. a. i. R. v. Qualitätsberichterstattung)	verpflichtend	
GQG	§ 6 (1)	Qualitätsberichterstattung	Vorgaben zu Aufbau einer bundeseinheitlichen, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung im Hinblick auf Aufbau, Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Gesundheitssystems; regelmäßige Erstellung von Berichten über Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Bereich ab 2014	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

Gesetzliche Grundlage	Gesetz (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich <sup>1</sup>	Verweis im Bericht
GQG	§ 6 (2)		Festlegung näherer Bestimmung hins. Dokumentation/ Qualitätsberichterstattung (insbesondere: Datenumfang, Datenqualität, Datenfluss, Berichtszeitpunkt, Berichtszeitraum und Festlegung der zur Dokumentation, Datenmeldung und Qualitätsberichterstattung Verpflichteten)	möglich	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 6 (3)		Veröffentlichung der Berichte in geeigneter Form und Einrichtung von Rückmeldesystemen an Berichterstattende	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. und Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 7	Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen	Unterstützung bei der Entwicklung oder eigenständige Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen	möglich	
GQG	§ 8 (1)	Kontrolle und Beobachtung	bundesweite Beobachtung und Kontrolle inkl. Überprüfung der Mitwirkung an Qualitätsberichterstattung, Überprüfung der Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien, Evaluierung der Umsetzung von Bundesqualitätsleitlinien oder gleichwertiger Instrumente	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 8 (2)	Kontrolle und Beobachtung	Sicherstellung von begleitenden externen Kontrollen zur Qualitätsarbeit	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

<sup>1</sup> = Die Spalte „Verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder ob lediglich die Möglichkeit dazu eingeräumt wird.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## 7.3 Aufgaben des Bundes im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich im engeren Sinn

Tabelle 7.3:

Aufgaben des Bundes im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich im engeren Sinn

Gesetzliche Grundlage (Gesetz/Paragraph)		Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/ möglich <sup>1</sup>	Verweis im Bericht
ÄrzteG	§ 245 (6)	Evaluation des Systems der Qualitätssicherung	Evaluation des Systems der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung unter Einbeziehung der Länder, Sozialversicherungsträger und österreichischen Ärztekammer und Berichterstattung bis 30. 6. 2022 und Inkenntnissetzung der B-ZK	verpflichtend	
ÄrzteG	§ 195g (2)	Begutachtungsverfahren	Bestimmung der Begutachtungsstellen für (erforderlichenfalls) Begutachtungsverfahren bei der Erlassung von Verordnungen im übertragenen Wirkungsbereich	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§ 195f	Weisungsrecht	Weisungsrecht gegenüber ÖÄK in der Vollziehung im übertragenen Wirkungsbereich	verpflichtend <sup>2</sup>	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 32 (1)	Validitätsprüfungen	Festlegung einer höheren Stichprobe bei Validitätsprüfungen durch stichprobenartige Vor-Ort-Besuche	möglich	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
GQG	§ 8 (2)	Recht auf Auskunft	Recht des BM sowie beauftragter Personen, Einrichtungen und Behörden auf Auskünfte und Meldungen und Einsicht in relevante Unterlagen inkl. Datenqualität und bei Bedarf Durchführung von Erhebungen vor Ort	möglich	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

1 = Die Spalte „Verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder ob lediglich die Möglichkeit dazu eingeräumt wird.  
 2 = Es besteht das Recht und damit die Möglichkeit zur Weisung, wobei die Inhalte der Weisung für die angewiesene Stelle verpflichtend sind.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Tabelle 7.4:  
 Gesetzliche Aufgaben der Bundesländer

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich*	Verweis im Bericht
Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Art. 20	bundesweite Koordination und Abstimmung	Angehörigkeit der Bundes-Zielsteuerungskommission (9 Vertreter:innen)	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§ 118c	QS-VO	Stellungnahme für QS-VO (Landeshauptleute): Stellungnahme der Landeshauptleute zu QS-VO von ÖÄK	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§195f (1)	Weisungsrecht	Weisungsrecht gegenüber ÖÄK in der Vollziehung im übertragenen Wirkungsbereich	verpflichtend**	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

\* Die Spalte „Verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder ob lediglich die Möglichkeit dazu eingeräumt wird.

\*\*Es besteht das Recht und damit die Möglichkeit zur Weisung, wobei die Inhalte der Weisung für die angewiesene Stelle verpflichtend sind.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## 7.4 Gesetzliche Aufgaben der Sozialversicherung

Tabelle 7.5:  
Aufgaben der Sozialversicherung

---

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich*	Verweis im Bericht
Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	Art. 20	bundesweite Koordination und Abstimmung	Angehörigkeit der Bundes-Zielsteuerungskommission (4 Vertreter:innen)	verpflichtend	Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.
GQG	§ 3 (3)	Abgeltung	Einhaltung essenzieller Qualitätsstandards (aus GQG, BG zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, Ärztegesetz) sowie Teilnahme an Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung (BG zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit) als Voraussetzung für Abgeltung einzelner Leistungen	verpflichtend	Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.
ASVG	§ 30a (1)	Kontrollen	Richtlinie über Durchführung, Dokumentation und Qualitätssicherung von Kontrollen im Vertragspartnerbereich	verpflichtend	Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. und Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.
ASVG	§ 32a (1)		jährliche Beratung mit Interessenvertretungen der Vertragspartner zur Durchführung und zu Ergebnissen der Kontrollen und Empfehlung zur Qualitätssicherung		

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich*	Verweis im Bericht
ASVG	§ 53a (1)	Kieferregulierungen	Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche: Festlegung der Qualitätsanforderungen in der Satzung der Krankenversicherungsträger, Vorsehung eines Qualitätssicherungssystems durch Dachverband und Kontrolle durch Krankenversicherungsträger	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ASVG	§ 342 (2a) 8 § 349 (5)	Honorarordnung	Einbeziehung der i. R. der Planung der Gesundheitsversorgungsstruktur beschlossenen Qualitätsvorgaben als Kriterien bei der Vereinbarung der Honorarordnungen in Gesamtverträgen mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Vertragspartnerinnen und -partnern	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 38 (1)	Vor-Ort-Besuche	Anregungen für Vor-Ort-Besuche der ÖQMED (Hauptverband, Sozialversicherungsträger)	möglich	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

\* Die Spalte „Verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder ob lediglich die Möglichkeit dazu eingeräumt wird.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## 7.5 Gesetzliche Aufgaben der Ärztekammer

Tabelle 7.6:  
Gesetzliche Aufgaben der Ärztekammer

---

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich*	Verweis im Bericht
ÄrzteG	§ 117b	Qualitätsarbeit im übertragenen Wirkungsbereich	Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung durch Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§ 117c (1)	Qualitätsarbeit im übertragenen Wirkungsbereich	Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ausg. Fortbildung - Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung im niedergelassenen Bereich gemäß G-ZG - Qualitätsevaluierung - Qualitätskontrolle - Führung eines Qualitätsregisters zur Aufgabenerfüllung kann sich der ÖQMED bedient werden	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§ 117c (2)	Gesetzgebung	Verabschieden der QS-VO auf Grundlage von Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats, der Bundeskurie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Stellungnahmen der Landeshauptleute - Bekanntgabe und Begründung an Wissenschaftlichen Beirat und BMG, wenn Inhalt von Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats abweichen soll - alle 5 Jahren - ständige Weiterentwicklung und ggf. Anpassung schon vor Ablauf der 5 Jahre	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. und Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich*	Verweis im Bericht
ÄrzteG	§ 117b Abs. 24 (2)		Verordnung über hygienische Anforderungen an Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-V)	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§ 118a	ÖQMED	Errichtung der ÖQMED	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§ 27a	Datenaustausch	Zurverfügungstellung von elektronischen Schnittstellen zu Daten aus der Ärzteliste und Ausbildungsstellenverwaltung an Landesgesundheitsfonds u. a. zu Zwecken der Qualitätssicherung	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 38 (1)	Vor-Ort-Besuche	Anregungen für Vor-Ort-Besuche der ÖQMED	möglich	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 42 (2)	Konsequenzen für Qualitätsmängel	Entscheidung, ob und wann Verfahren zur Erlöschung der Berufsbeurteilung eingeleitet wird	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 42 (3)	Konsequenzen für Qualitätsmängel	Information der ÖQMED über Ausgang des Verfahrens	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

\* Die Spalte „Verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder ob lediglich die Möglichkeit dazu eingeräumt wird.  
G-ZG = Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## 7.6 Gesetzliche Aufgaben der ÖQMED

Tabelle 7.7:  
Gesetzliche Aufgaben der ÖQMED

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/ möglich*	Verweis im Bericht
ÄrzteG	§ 118b	Beiräte	Einrichtung eines Wissenschaftlichen Beirats	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
ÄrzteG	§ 118d	Beiräte	Einrichtung eines Evaluierungsbeirats	verpflichtend	
ÄrzteG	§ 118e	Evaluierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte	Durchführung einer Evaluierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mittels Evaluierungsbögen und Überprüfung mittels stichprobenartiger Besuche, Durchführung auch auf Anregung verschiedener Organisationen, Aufforderung zur Mängelbehebung und Kontrolle, Erstattung von Disziplinaranzeigen, bei Mangel hygienischer Anforderung zusätzlich schriftliche Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde, Zurverfügungstellung der Ergebnisse bei Vertragsärztinnen und -ärzten an Krankenversicherungsträger und alle Ergebnisse an BM	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 30-§ 33		Durchführung der Selbstevaluierung, Plausibilitätsprüfung, Ausstellung von Qualitätszertifikaten, Durchführung von Validitätsprüfungen	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 27		Erstellung der fachspezifischen Evaluierungsbögen unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 43		Ausstellung eines auf die Geltungsdauer der QS-VO befristetes Qualitätszertifikats	verpflichtend	



Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/ möglich*	Verweis im Bericht
QS-VO	§ 29	Qualitätssicherungsbeauftragte	Bestellung von Qualitätssicherungsbeauftragten auf Vorschlag der Landesärztekammern	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 35-§ 36	Mängelfeststellung	Mängelfeststellung, Mängelbehebung und Kontrolle: - Erteilung von Mängelbehebungsaufträgen Kontrolle der aufgrund von Mängelbehebungsaufträgen übermittelten Nachweise  Heranziehung Evaluierungsbeirat, welche Gründe eine Vor-Ort-Kontrolle erfordern, bei Vertragsärztinnen und -ärzten Bekanntgabe der Kontrolle bei Krankenversicherungsträgern	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 36	Konsequenzen für Qualitätsmängel	Anzeigeerstattung an Disziplinaranwalt in bestimmten Fällen bzw. wenn Mängel nicht behoben sind Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde, wenn Mängel hygienische Anforderungen betreffen	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 38-§ 39	Vor-Ort-Besuche	spezifischer Vor-Ort-Besuch: Durchführung von Vor-Ort-Besuchen bei begründeten Anregungen, Bekanntgabe des Termins an Patientenvertretung Bericht über spezifischen Vor-Ort-Besuch	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 40	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen	Gefahr in Verzug: Verständigung der ÖÄK, Landesärztekammer, Bezirksverwaltungsbehörde, Krankenversicherungsträger: Verfahrensschritte der Evaluierung und Kontrolle	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

QS-VO	§ 44	Qualitätsregister	Führung eines Qualitätsregisters bei Einverständnis der Ärztin / des Arztes können Evaluierungsergebnisse des Kriteriums „Zugang zur ärztlichen Behandlung und Diagnosenstellung“ auf arztbarrierefrei.at veröffentlicht werden	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
-------	------	-------------------	---	---------------	--

Gesetzliche Grundlage (Gesetz)	Gesetzliche Grundlage (Paragraph)	Aufgabenbereich	Aufgabe	Verpflichtend/möglich*	Verweis im Bericht
QS-VO	§ 46	Qualitätsbericht	Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle sind als Qualitätsbericht dem BM zur Verfügung zu stellen, sodass die Inhalte in einen sektorenübergreifenden Qualitätsbericht übernommen werden können - verpflichtende Inhalte: Selbstevaluierung, Validitätsprüfung, Mängel, Mängelbehebungs-kontrolle, spezifische Vor-Ort-Besuche, Gefahr in Verzug, Qualitätsmanagementaspekte, Maßnahmen zur Hebung der Qualität anhand der Ergebnisse mögliche Inhalte: Einbeziehung externer Datenquellen (ÖÄK, SV, Patientenbefragung, Ärztebefragung, Leistungsdaten, Ringversuche etc.) Übermittlung auf Anfrage auch von vorläufigen Teilberichten an Bundesminister	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>
QS-VO	§ 47		Inkenntnissetzung der Sozialversicherung über Evaluierungsergebnisse betreffend Vertragsärztinnen und -ärzte	verpflichtend	<b>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</b>

\* Die Spalte „Verpflichtend/möglich“ gibt Auskunft darüber, ob eine Aufgabe eine gesetzliche Verpflichtung darstellt oder ob lediglich die Möglichkeit dazu eingeräumt wird.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

## 7.7 Fragenkatalog und Rückmeldungen der Bundesfachgruppen der ÖÄK

### Fragenkatalog:

Unsere Fragen beziehen sich auf Qualitätsarbeit (Projekte, Maßnahmen) mit Bezug zur freiberuflich tätigen Ärzteschaft (Ärztinnen, Ärzte und Gruppenpraxen).

Die freiberuflich tätige Ärzteschaft ist gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG verpflichtet, regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der ÖQMED zu übermitteln. Dieser Teil der Qualitätssicherung steht **nicht** im Fokus unserer Fragen!

1. Gibt es in Ihrer Bundesfachgruppe eine für Qualität beauftragte Person?
2. An welchen Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Qualitätszirkel, Qualitätsinitiativen, Messung der Patientenzufriedenheit etc.) ist die Bundesfachgruppe bzw. sind deren Mit-glieder beteiligt, die über die Teilnahme an der verpflichtenden Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG hinausgehen?  
Bitte geben Sie – wenn möglich – Literatur, Links und/oder Kontaktpersonen an.
3. Sehen Sie für spezifische Diagnose-, Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden in Ihrem Fachbereich die Sinnhaftigkeit, zusätzliche QS-Maßnahmen einzuführen, die über die bestehenden Regelungen (z. B. Regelungen im ÖSG hinsichtlich Strukturqualität für allgemeine Aufgaben, Basisaufgaben und spezielle Aufgaben; (besondere) Evaluierungskriterien der QS-VO 2018) hinausgehen?
4. Wenn ja: Um welche spezifischen Diagnose-, Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden handelt es sich?  
Bitte geben Sie – wenn möglich – Literatur, Links und/oder Kontaktpersonen an.
5. Welche Good-Practice-Beispiele von QS-Maßnahmen im niedergelassenen Bereich sind Ihnen aus anderen Ländern bekannt?
6. Bitte geben Sie – wenn möglich – Literatur, Links und/oder Kontaktpersonen an.  
Gibt es noch etwas, das Sie zum Thema Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen ärztlichen Behandlung oder der QS im Gesundheitssystem allgemein hinzufügen möchten?

## 7.8 Rückmeldungen der Ärzteschaft

Die Rückmeldungen der Ärzteschaft finden sich auf den folgenden Seiten tabellarisch aufbereitet.

Tabelle 7.8:  
Übersicht der Rückmeldungen zu QS-Initiativen und -Arbeiten der Bundesfachgruppen der ÖÄK

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen <sup>14</sup>	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen <sup>15</sup>	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie</b>	<p>» Fortbildungen, Qualitätszirkel (nicht nur zu QS-Maßnahmen; mehrmals pro Jahr in einzelnen Bundesländern)</p> <p>Erörterung und Diskussion in Fachgruppe bei Bedarf österreichweite Fortbildungen, Austausch in Interessengemeinschaft für Endoskopie sowie im Berufsverband der Chirurgen</p> <p>einschlägige Fortbildungen einzelner Fachgesellschaften (ÖGGH, IVEPA für Pflegeberufe, Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGC), ISDS)</p>	<p>Viele relevante Themen im niedergelassenen Bereich sind über ÖQMED abgebildet (z. B. Hygieneanweisungen, Einschulung neuer Mitarbeiter:innen auf Geräte, Patientensicherheit, Mitarbeitersicherheit, Raumeinteilung); Evidence Based Medizin (EBM); Anwendung von SOP</p>	<p>Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen (BNG) in Deutschland</p>	<p>Qualitätsvorgaben müssen im Einklang mit Arbeitsaufwand, auftretenden Kosten stehen.</p>
<b>Fachgruppe Anästhesiologie und Intensivmedizin</b>	<p>» QS-Maßnahmen sind an die KH-Strukturen angepasst und finden dort statt.</p> <p>Mitglieder der Bundesfachgruppe sind im Rahmen ihrer angestellten Tätigkeit (z. B. im KH) an einer Vielzahl von Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt.</p>	<p>Die ohnehin vorhandenen QS-Maßnahmen werden für ausreichend erachtet.</p>		

14

QS-Maßnahmen, die über die Teilnahme an der verpflichtenden Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG hinausgehen; einzelne Fachgruppen führen unter diesem Punkt auch (andere) gesetzlich verpflichtende QS-Maßnahmen an, die in der Tabelle, aber nicht in der textlichen Beschreibung Berücksichtigung finden.

15

Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen, die über die bestehenden Regelungen hinausgehen

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde</b>	<p>» dezentral organisierte Q-Initiativen in einzelnen Bundesländern, die von Fachgruppen allein oder mit lokalen Kliniken gemeinsam organisiert werden, z. B. Qualitätszirkel, Fachgruppensitzung mit untersch. Fortbildungsvorträgen, Symposium, nationale/internationale Kongresse</p> <p>QS-Maßnahmen beim Ordinationspersonal (z. B. div. Kurse)</p> <p>Fachgruppenvertreter ist im Vorstand der Österreichischen HNO-Gesellschaft vertreten</p> <p>Organisation bzw. Fragenerstellung und Durchführung der österreichischen HNO-Facharztprüfung</p> <p>Mitorganisation und Fragenerarbeitung durch Fachgruppen-Mitglieder bei der europäischen HNO-Facharztprüfung</p>	nein	Fachgruppe ist in der UEMS vertreten. viele Punkte im Ausland vorhanden, die im Rahmen der Anfrage nicht umfassend dargestellt werden können und auf Ö nicht übertragbar sind Derzeitige österreichische DFP-Regelung zeigt zunehmend Wirkung und sollte fortgesetzt werden.	Die ohnehin vorhandenen QS-Maßnahmen werden für ausreichend erachtet.
<b>Fachgruppe Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>	<p>» regelmäßig nachkontrollierte Selbstevaluierung in jedem Bundesland</p> <p>Verpflichtung zur nachweislich ausreichenden Fortbildung (Punkteverfahren)</p> <p>Qualitätszirkel in den einzelnen Bundesländern bzw. für gesamte Fachgruppe</p>	<p>» keine weitere Notwendigkeit, da ausreichende Fortbildungsmöglichkeiten bestehen</p> <p>Wichtig wäre, das Wissen der Dermatologie den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinerinnen weiterzugeben, z. B. schon in der Grundausbildung.</p>	Gleichartige Fortbildungsverpflichtungen gibt es in Deutschland; fachlich eng verbunden, gemeinsame Kongresse mit Kolleginnen und Kollegen aus der Schweiz	Die ohnehin vorhandenen QS-Maßnahmen werden für ausreichend erachtet.

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Innere Medizin</b>	» Qualitätszirkel, Fortbildungsveranstaltungen und andere qualitätssichernde Maßnahmen werden in erster Linie von der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin und allen anderen internistischen Fachgesellschaften in Kooperation mit der Bundesfachgruppe angeboten.	» derzeit keine Notwendigkeit, da es für fast alle Krankheitsentitäten genaue Richtlinien gibt, die regelmäßig untereinander ausgetauscht werden und die auch befolgt werden Grundsätzlich sichert die Facharztausbildung mit Rasterzeugnis sowie die Fortbildungsverpflichtung den Erwerb und Erhalt dieser Fähigkeiten. Im Bereich Endoskopie gibt es spezielle von der ÖGGH definierte QS-Maßnahmen. Der Status quo ist, was die Bundesfachgruppe betrifft, somit zufriedenstellend.	Qualitätszirkel in Deutschland und der Schweiz	Zur Verbesserung der Qualität würden eine bessere EDV-Vernetzung und ein besseres Schnittstellenmanagement und weitere Digitalisierungsmaßnahmen unterstützend sein.

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Kinder- und Jugendheilkunde</b>	monatliche Fachgruppensitzungen, in denen Qualitätsinitiativen und Fortbildungsveranstaltungen vorgesehen sind	» regelmäßige Überprüfungen der Ordinationen durch Bundesfachgruppenobmann für die ÖQMED; dadurch hohe Qualität der Abläufe in den Ordinationen keine weiterführenden Regelungen notwendig, die über die bereits bestehenden Evaluierungskriterien gemäß der Qualitätssicherungsverordnung hinausgehen	keine bekannt	Generell besteht ein gutes Bewusstsein hinsichtlich der QS. Viele Praxen haben auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene individuelle Verfahren entwickelt. Das Erstellen von weiterführenden Protokollen ist daher sehr schwierig, weil die Tätigkeit in der Ordination ein weites Feld von der kleinen Wahlarztpraxis bis hin zur großen Gruppenpraxis umfasst.

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin</b>	<p>» Pilotprojekt der SV für 1 Jahr in NÖ: Evaluierung von 2 niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten; Evaluierung Patientenzufriedenheit über versch. Landesstellen der ÖGK</p> <p>keine österreichweite Koordination von Q-Initiativen, sondern selbstständige Entwicklung in den einzelnen Bundesländern; Besprechung in Bundesfachgruppe sowie im erweiterten Vorstand der wissenschaftlichen Gesellschaft (OEGKJPP)</p> <p>verschiedene Ebenen der QS (z. B. Fortbildungsdiplom, Mitarbeit an medizinischen Leitlinien (z. B. AWMF), Engagement in der wissenschaftlichen Gesellschaft)</p> <p>3x jährlich Bundesfachgruppensitzungen zu fachpolitischen Themen und zu Versorgungsthemen bzw. -problemen;</p> <p>3-4x jährlich bundesländerspezifische Fortbildungen im Sinne von Qualitätszirkeln (zu Fachthemen bzw. zu fachübergreifenden Themen gemeinsam z. B. mit Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Suchthilfe, Behindertenhilfe, Vertretungsnetzwerk, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Amtsärztinnen und Amtsärzten etc.), organisiert von den Landesfachgruppen und approbiert über die Ärztekammern; noch nicht in allen Bundesländern umgesetzt</p> <p>2-3x jährlich Landesfachgruppensitzungen (zu fachpolitischen Themen und zu Versorgungsthemen bzw. -problemen, insbesondere zu den Schnittstellen wie stationäre Versorgung, psychotherapeutische Versorgung, zur Weiterentwicklung der Versorgungsstandards und -strukturen)</p> <p>aktive Teilnahme in den entsprechenden Einrichtungen der Suchthilfe in Kärnten, Suchtbeirat bzw. auch Psychiatriebeirat, Vernetzung mit dem Schulsystem</p>	<p>» klare Orientierung an den AWMF-Leitlinien</p> <p>spezifische Weiterbildungen mit DFP-Diplom zur Behandlung spezieller Patientengruppen, Substitutions-Diplom für Suchterkrankungen, Forensik-Diplom für forensische Fragestellungen, EEG-Diplom bei EEG-Ableitungen</p>	k. A.	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unter intensiver Einbindung der im niedergelassenen Bereich tätigen Fachärztinnen und Fachärzte erforderlich
<b>Fachgruppe Lungenkrankheiten</b>	Qualitätszirkel auf regionaler Ebene (keine zentrale Erfassung durch Bundesfachgruppe und AWG)	Es bestehen ausreichend Regelwerke zur Wahrung der Qualität.	keine bekannt	k. A.

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Medizinische und Chemische Labordiagnostik</b>	<p>» Die Fachgruppe 50 (FA für med. und chem. Labordiagnostik) hat drei Fachgesellschaften, die sich mit Qualitätssicherung befassen: GALP, ÖQUASTA, ÖGLMKC - in der ÖGLMKC ist per Statut im jeweiligen Vorstand die Bundesfachgruppenobfrau bzw. der -obmann direkt vertreten. In jeder der Gesellschaften ist ein Vorstandsmitglied mit Qualitätsagenden betraut.</p> <p>Zertifizierung der meisten Laboratorien nach ISO 9001 bzw. zunehmend auch Akkreditierung nach ISO 15189</p> <p>angewandte Verfahren gemäß IVD-Richtlinie; Verfahren, die nicht IVD-Richtlinien entsprechen, werden evaluiert bzw. validiert.</p> <p>Durchführung und Dokumentierung interner Q-Kontrollen sowie externer Q-Kontrollen (Rundversuche) mit nationalen (ÖQUASTA) und internationalen Anbietern (z. B. Instand, NEQAS etc.)</p>	Das Fach ist im ÖSG trotz Urgenz seit vielen Jahren nicht entsprechend seinem Wert und seiner zentralen Position in der Diagnostik aufgeführt.	Österreich ist im internationalen bzw. europäischen Vergleich durch die bestehenden Normen und Qualitätssicherungsmaßnahmen breit aufgestellt und dient daher durchaus selbst als Good-Practice Beispiel.	Bei Ausschreibungen während der Pandemie wurden Qualitätsstandards ignoriert, obwohl vonseiten der Fachgruppe für die Erstellung dieser Standards mehrfach Unterstützung angeboten wurde.
<b>Fachgruppe Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie</b>	<p>» Zusammenarbeit mit der ÖGZMK im Rahmen diverser lokaler Qualitätszirkel der Landesfachgruppen und mit der AACSM sowie der AFIAS; gemeinsame Organisation von Fortbildungsveranstaltungen, die auch Patientenbetreuung und Evaluierung der Patientenzufriedenheit umfassen</p>	Diagnosen: parodontale Erkrankungen, endoskopische Diagnosenstellung bei Nebenhöhlenerkrankungen, spezifische innovative Behandlungsmaßnahmen, z. B. Laseranwendungen bei operativen Eingriffen, endoskopische KH-Eingriffe mit praktischen Übungen im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen, Anwendung von Analyse- und Navigationssoftware bei kieferchirurgischen Eingriffen, Planungssoftware bei ästhetischen Eingriffen und deren Problematik	Deutschland: DGMKG - Kursangebote betreffen Implantologie, Parodontologie, Defektdeckung bei Tumoren im Gesichtsbereich etc.	Veranstaltungen bezüglich wirtschaftlicher Praxisführung, Investitionsverhalten bei Praxisgründungen, Patientenbetreuung und Patientenführung bei langwierigen Therapien, Verhalten und diplomatische Verhandlungsführung bei Konflikten im Rahmen der Therapie - immer mit praktischen Übungen der Anwendung des erlernten Stoffes

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Neurochirurgie</b>	<p>» keine Behandlungen in den Ordinationen, die qualitätssichernden Maßnahmen unterworfen werden könnten oder sollten; das erfolgt ohnehin im stationären Setting.            QS der Ordinationsausstattung und -organisation über die ÖQMED</p>	-	-	-
<b>Fachgruppe Nuklearmedizin</b>	<p>» diagnostische und therapeutische Entscheidungen entsprechend nationalen Empfehlungen (Österr. Schilddrüsengesellschaft, Österr. Ges. für Nuklearmedizin und Molekulare Bildgebung) und internationalen Empfehlungen (Eur. Assoc. of Nuclear Medicine, American Thyroid Association, Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin)            Akkreditierung einiger Einrichtungen durch die UEMS            (<a href="https://uems.eanm.org/committees/accreditation-committee/accreditation-process/">https://uems.eanm.org/committees/accreditation-committee/accreditation-process/</a>)            Beteiligung bei Erstellung nationaler und internationaler Leitlinien sowie an der Evaluierung und der Qualitätskontrolle</p>	nein	<a href="https://uems.eanm.org/committees/accreditation-committee/accreditation-process/">https://uems.eanm.org/committees/accreditation-committee/accreditation-process/</a>	keine Kassenverträge für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Nuklearmedizin, daher Einbußen bei Qualität der Patientenversorgung; Versorgungssituation massiv verknappt; lange Wartezeiten auf Termine sind die Folge; Kapazitätsengpässe, da intramurale Einrichtungen nicht das Defizit abdecken können; durch schlechte Zukunftsperspektiven sinkt das Interesse der Jungmediziner:innen an der Ausbildung; prekäre Lage in der Versorgung verschärft sich weiter; Minimaltarife für nuklearmedizinische Institute verunmöglichen regelmäßige Re-Investitionen in die Gerätetechnik. Diese Faktoren sind bei QS zu berücksichtigen.

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Orthopädie und Orthopädische Chirurgie</b>	» Veranstaltung von Qualitätszirkeln durch die einzelnen Landesfachgruppen, meist im Rahmen von Fachgruppensitzungen; anrechenbar für Diplomfortbildung in Ordinationen: Anwendung von QS-Maßnahmen, QS-Managementsysteme, Zertifizierung	Die ohnehin vorhandenen QS-Maßnahmen werden für ausreichend erachtet.	Vorträge und Fortbildungen zur QS beim DKOU (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie)	Die ohnehin vorhandenen QS-Maßnahmen werden für ausreichend erachtet.

<p><b>Fachgruppe Physikalische Medizin und Allgemeine Re- habilitation</b></p>	<p>» verpflichtende Patientenzufriedenheitsmessung (und weiterer allgemeiner und besonderer Q-Kriterien) sind im §2-PMR-Vertrag verankert (Fragebögen).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Sinnvoll wären Maßnahmen zur Verbesserung der Q-Fähigkeit des Gesundheitssystems.</li> <li>» Behebung der Unterfinanzierung und der damit verbundenen Mangelwirtschaft, Deckelungen, Degressionen und damit verbundene Wartezeiten auf wichtige Untersuchungen und Behandlungen (z. B. MR)</li> <li>» Anpassung der gesetzlichen Regelungen an die Realität zur Vermeidung bürokratischer Hemmnisse</li> <li>» Stärkung der Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte durch die Ärztekammer im Sinne des Subsidiaritätsprinzips</li> <li>» klare Zuordnung der Befugnisse zum bestqualifizierten Gesundheitsberuf – der Ärzteschaft</li> <li>» Zurverfügungstellung einer IT-Infrastruktur unter der Prozess- und Datenhoheit der Ärzteschaft anstelle des derzeitigen fremdbestimmten und daher dysfunktionalen „Fleckerlteppichs“</li> </ul>	<p>Keine, Österreich nimmt in diesem Zusammenhang die führende Rolle ein.</p>	<p>siehe Frage 3</p>
--	---	--	---	----------------------

<p><b>Fachgruppe Radiologie</b></p>	<p>» Fachgruppe Radiologie (BURA) ist in der Zertifikatskommission des Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (BKFP) vertreten (Programm und die dazu festgelegten Qualitätsstandards sind wesentliche Qualitätsinitiativen im Bereich der Radiologie)</p> <p>enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit der Österreichischen Röntgengesellschaft (ÖRG), dem Verband für bildgebende Diagnostik (VBDO), dem Verband für Medizinischen Strahlenschutz in Österreich (VMSÖ) sowie der entsprechenden Fachvertretung der selbstständigen Ambulatorien der Wirtschaftskammer Österreich; diese Vereine/Verbände und gesetzlichen Interessenvertretungen widmen sich spezifischen Themenbereichen, welche in einem wesentlichen Zusammenhang mit Qualitätsstandards (z. B. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Strahlenschutz) stehen. Sie agieren dabei beratend und unterstützend (insbesondere auch im Bereich der QS und Q-Kontrolle).</p> <p>Lehrpraxen bzw. Lehrgruppenpraxen für Radiologie im niedergelassenen Bereich</p> <p>BURA ist als Mitherausgeberin der Orientierungshilfe Radiologie und Nuklearmedizin tätig.</p> <p>Orientierungshilfe Radiologie gibt Auskunft über die zu verwendende Methodik (z. B. Ultraschall, Röntgen, CT, MRT, Nuklearmedizin). Die Ausführungen in der Orientierungshilfe entsprechen im Wesentlichen den ACR Appropriateness Criteria des American College of Radiology (ACR) – USA bzw. den Standards, Guidelines etc. des RCR (The Royal College of Radiologists) – UK.</p> <p>CIRSmedical Radiologie: freiwilliges und anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem zur Meldung und Veröffentlichung von kritischen Ereignissen (Fehlern, Beinahe-Fehlern, Risiken etc.); unterstützt den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zur Steigerung der Patienten- sowie Mitarbeitersicherheit in der Radiologie</p> <p>Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus dem Bereich Radiologie zu diversen Fragestellungen von Austrian Standards (österreichische Organisation für Standardisierung und Innovation); Austrian Standards entwickelt z. B. Standards zur Medizintechnik.</p>	<p>Im Bereich Radiologie gibt es bereits zahlreiche Vorgaben und Hilfestellungen zur QS, z. B. gesetzliche Vorschriften (StrahlenschutzG, MedStrSchV), Empfehlungen (diverse ÖNORMEN, Orientierungshilfe Radiologie und Nuklearmedizin – Anleitung zum optimalen Einsatz der klinischen Radiologie), Qualitätsstandard zum Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie-Screening sowie zur Durchführung diagnostischer Mammographien, diverse Leitlinien und Empfehlungen (siehe dazu beispielsweise Qualitätsstandards – OERG).</p>	<p>» ACR Appropriateness Criteria des American College of Radiology (ACR) – USA –</p> <p>» Image Wisely is a joint initiative of the American College of Radiology, Radiological Society of North America, American Society of Radiological Technologists and American Association of Physicists in Medicine</p> <p>» Standards, Guidelines etc. des RCR (The Royal College of Radiologists) – UK – Clinical radiology   The Royal College of Radiologists (rcr.ac.uk)</p> <p>» diverse europäische und internationale Guidelines, Empfehlungen und Standards zum Mammographiescreening (z. B. European Breast Guidelines on Breast Cancer, Mammographie-Screening-Programme in vielen europäischen Ländern wie beispielsweise Schweden oder Deutschland, Guidelines Breast Cancer Screening – American Cancer Society)</p>	<p>keine Anmerkungen</p>
-------------------------------------	--	---	---	--------------------------

Bundesfachgruppe	QS-Maßnahmen	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Fachgruppe Urologie</b>	» regelmäßige Durchführung von Qualitätszirkeln von den Landesfachgruppen Unterstützung der QS durch regelmäßige Fortbildungen und spezielle Vorträge durch den Berufsverband der Österreichischen Urologen (urologisch.at) und die Österreichische Gesellschaft für Urologie	Nein, jede über die vorhandenen hinausgehende Maßnahme würde vor allem den niedergelassenen Bereich noch weiter belasten und durch weitere administrative Tätigkeiten die Behandlungsqualität einschränken.	keine	Die ohnehin vorhandenen QS-Maßnahmen werden für ausreichend erachtet.

Quelle: GÖG-eigene Darstellung (2022)

## 7.9 Fragenkatalog und Rückmeldungen der österreichischen Fachgesellschaften

### Fragenkatalog:

Unsere Fragen beziehen sich auf Qualitätsarbeit (Projekte, Maßnahmen) mit Bezug zur freiberuflich tätigen Ärzteschaft (Ärztinnen, Ärzte und Gruppenpraxen).

Die freiberuflich tätige Ärzteschaft ist gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG verpflichtet, regelmäßig eine umfassende Evaluierung der Qualität durchzuführen und die jeweiligen Ergebnisse der ÖQMED zu übermitteln. Dieser Teil der Qualitätssicherung steht nicht im Fokus unserer Fragen!

1. Gibt es in Ihrer Fachgesellschaft eine für Qualität beauftragte Person?
2. An welchen Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Qualitätszirkel, Qualitätsinitiativen, Messung der Patientenzufriedenheit etc.) ist die Fachgesellschaft bzw. sind deren Mitglieder beteiligt, die über die Teilnahme an der verpflichtenden Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG hinausgehen?  
Bitte geben Sie – wenn möglich – Literatur, Links und/oder Kontaktpersonen an.
3. Können Sie eine Einschätzung abgeben, wie viele Mitglieder der Fachgesellschaft obenstehende QS-Maßnahmen anwenden bzw. sich an den QS-Maßnahmen beteiligen (gemessen an der Gesamtanzahl der Mitglieder)?
4. Sehen Sie für spezifische Diagnose-, Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden in Ihrem Fachbereich die Sinnhaftigkeit, zusätzliche QS-Maßnahmen einzuführen, die über die bestehenden Regelungen (z. B. Regelungen im ÖSG hinsichtlich Strukturqualität für allgemeine Aufgaben, Basisaufgaben und spezielle Aufgaben; (besondere) Evaluierungskriterien der QS-VO 2018) hinausgehen?  
Wenn ja: Um welche spezifischen Diagnose-, Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden handelt es sich?  
Bitte geben Sie – wenn möglich – Literatur, Links und/oder Kontaktpersonen an.
5. Welche Good-Practice-Beispiele von QS-Maßnahmen im niedergelassenen Bereich sind Ihnen aus anderen Ländern bekannt?

Bitte geben Sie – wenn möglich – Literatur, Links und/oder Kontaktpersonen an.

6. Gibt es noch etwas, das Sie zum Thema Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen ärztlichen Behandlung oder der QS im Gesundheitssystem allgemein hinzufügen möchten?

Tabelle 7.9:

## Übersicht der Rückmeldungen zu QS-Initiativen und -Arbeiten der Fachgesellschaften

Fachgesellschaft	QS-Maßnahmen <sup>16</sup>	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen <sup>17</sup>	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<b>Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Fokus liegt in der Ausbildung und Wissensvermittlung und nicht in der Überprüfung der Behandlung in den diversen Ordinationen.</li> <li>» Formulierung von Stellungnahmen, Leitlinien und Empfehlungen</li> <li>» Durchführung von Akademien, Kongressen und Fortbildungsveranstaltungen</li> <li>» keine direkte Ausrichtung an Patientinnen</li> </ul>	Diese Frage sollte in erster Linie die Ärztekammer beantworten.	Die ÖEGGG ist eine rein wissenschaftliche Gesellschaft mit dem Auftrag der Wissensvermittlung und nicht der Qualitätssicherung.	Verpflichtende Einführung von QM-Tools wie z. B. CIRS in Krankenhäusern wäre wünschenswert.

16

Grundsätzlich wurden QS-Maßnahmen abgefragt, die über die Teilnahme an der verpflichtenden Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG hinausgehen.

17

Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen, die über die bestehenden Regelungen hinausgehen

Fachgesellschaft	QS-Maßnahmen <sup>18</sup>	Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen <sup>19</sup>	Good-Practice-Beispiele anderer Länder	Sonstige Anmerkungen
<p><b>Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» allgemeine Stellungnahme zu der Qualitätspolitik in Laboren von</li> <li>» der Österreichischen Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie (ÖGLMKC),</li> <li>» der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen (ÖQUASTA) und</li> <li>» der Österreichischen Gesellschaft für Gute Analysen- und Laborpraxis (GALP)</li> </ul>	<p>Rückmeldung durch den Bundesfachgruppenobmann Dermatologie sowie über die ÄK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» QS-Systeme und strenge Normen für Analysen und Arbeitsschritte in fachärztlichen medizinischen Laboren</li> <li>» regelmäßige freiwillige Überprüfung auf Einhaltung dieser Regelwerke</li> <li>» Überwachung durch die AGES im Auftrag des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) (§68 MPG 1996)</li> <li>» Berücksichtigung der Anforderungen an Analyseverfahren unter Berücksichtigung der CE-IVD-Kennzeichnungen von Testsystemen (Verifizierung bzw. ggf. Validierung neuer Analysemethoden)</li> <li>» interne Q-Kontrollen</li> <li>» externe Q-Kontrollen, z. B. externe Rundversuche (Vergleich zwischen verschiedenen Laboren, Testsystemen und Messmethoden); bei mangelhaftem Textsystem oder Teilen davon besteht gesetzliche Verpflichtung lt. Medizinproduktevigilanzverordnung zur Meldung der Mängel an die Behörde (AGES/BASG).</li> <li>» gesetzl. Mindestvorgaben zur Qualifikation und zur Kompetenz des Personals (versch. Berufsgesetze)</li> <li>» umfassende Einschulung neuer Mitarbeiter:innen</li> <li>» fortlaufende Überprüfung und ggf. Durchführung von Nachschulungen hinsichtlich der Kompetenzen der Mitarbeiter:innen</li> </ul>			

Quelle: GÖG-eigene Darstellung (2022)

## 7.10 Übersicht von QS-Initiativen und -Arbeiten auf Websites österreichischer Fachgesellschaften

Tabelle 7.10:

Übersicht der Recherche von QS-Initiativen und -Arbeiten auf Websites österreichischer Fachgesellschaften

Fachgesellschaft	Website	QS-Initiativen / QS-Arbeiten lt. Website (Zugriff Januar 2022)	Kontakt-aufnahme per E-Mail
Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)	<a href="https://oegam.at/">https://oegam.at/</a>	Ausbildung von Moderatorinnen und Moderatoren von Qualitätszirkeln, Veranstaltung von Kongressen, Erstellung von Leitlinien, Positionspapieren	03.02.22
Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft (ÖOG)	<a href="https://www.augen.at/die-oeog/ueber-uns/">https://www.augen.at/die-oeog/ueber-uns/</a>	QS-Kommission, QM-System, Informationsfolder und Poster für Patientinnen und Patienten, Patientenaufklärungsfilme, Wissenscenter, Kongresse, Tagungen, div. Veranstaltungen, Informationen zur Ausbildung	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (OEGDV)	<a href="https://www.oegdv.at/web2/index.php/die-gesellschaft">https://www.oegdv.at/web2/index.php/die-gesellschaft</a>	Erstellung von Qualitätsnormen und Leitlinien (Klug entscheiden), Kongresse, Fortbildungen, Tagungen, Arbeitsgruppe für Fortbildungen, Mitgliederforum zur Diskussion von Patientenfällen	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für STD und dermatologische Mikrobiologie (ÖGSTD)	<a href="http://www.oegstd.at/web/">http://www.oegstd.at/web/</a>	Informationsblätter für Patientinnen und Patienten, Leitlinien, Webinare	03.02.22
Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG)	<a href="https://www.oeggg.at/start/statuten/">https://www.oeggg.at/start/statuten/</a>	Verankerung der Qualitätssicherung in den Statuten (Förderung von Prozessen der Fehlervermeidung und Qualitätssicherung auf wissenschaftlicher Basis für den gesamten Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie damit zusammenhängende Entwicklung und Erstellung von Normen auf wissenschaftlicher Basis), Tagungen, Leitlinien	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie	<a href="https://www.hno.at/hno-gesellschaft/">https://www.hno.at/hno-gesellschaft/</a>	Kongresse, Tagungen; keine Angabe zu konkreten QS-Maßnahmen	-

18

Grundsätzlich wurden QS-Maßnahmen abgefragt, die über die Teilnahme an der verpflichtenden Selbstevaluierung gemäß § 49 Abs 2a ÄrzteG hinausgehen.

19

Bedarf an zusätzlichen QS-Maßnahmen, die über die bestehenden Regelungen hinausgehen

Fachgesellschaft	Website	QS-Initiativen / QS-Arbeiten lt. Website (Zugriff Januar 2022)	Kontakt- aufnahme per E-Mail
Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin	<a href="https://www.oegim.at/">https://www.oegim.at/</a>	Online-Seminare, Tagungen; keine Angabe zu konkreten QS-Maßnahmen	-
Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)	<a href="https://www.ogp.at/">https://www.ogp.at/</a>	Leitlinien, Leitfaden zur Patientenschulung, Patienteninformationen (z. B. Apps), Pocket Cards, Videos, Webinare, Ausbildungsskripten, div. Veranstaltungen und Tagungen	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde	<a href="https://www.paediatrie.at/">https://www.paediatrie.at/</a>	Entwicklung von Qualitätskriterien zur Durchführung von Simulationstrainings in der Pädiatrie, div. Veranstaltungen, Patientenbroschüren	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN)	<a href="https://www.oegn.at/">https://www.oegn.at/</a>	Informationsfolder und -filme für Patientinnen und Patienten, Positionspapiere, Leitlinien, div. Tagungen und Veranstaltungen	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie	<a href="https://www.uro.at/">https://www.uro.at/</a>	Patienteninformationen, Patientenratgeber, Auflistung von Selbsthilfegruppen, Webinare für Interessierte, nationale Leitlinie in Bearbeitung, div. Veranstaltungen	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO)	<a href="https://orthopaedics.or.at/">https://orthopaedics.or.at/</a>	Webinare, Ausbildungsseminare, Strukturierung von Ausbildungsinhalten, div. Tagungen	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Klinische Pathologie und Molekularpathologie (ÖGPath)	<a href="https://oegpath.at/">https://oegpath.at/</a>	Leitlinien, Ringversuche, Mutationsdatenbank, QM in Laboratorien (Norm EN ISO 15189), Arbeitsgruppen/Arbeitskreise, E-Learning, div. Veranstaltungen	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie	<a href="https://www.oeglmkc.at/">https://www.oeglmkc.at/</a>	keine Angabe zu konkreten QS-Maßnahmen, aber gesonderte Referentin für QS	03.02.22
ÖRG – Österreichische Röntgengesellschaft, Gesellschaft für medizinische Radiologie und Nuklearmedizin	<a href="https://www.oerg.at/">https://www.oerg.at/</a>	Qualitätsstandards, Orientierungshilfe Radiologie, Leitlinie, Patienteninformationen, Leitfaden Patientenaufklärung, Webinare, div. Veranstaltungen	03.02.22
Österreichische Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie	<a href="https://www.plastischechirurgie.org/plastische-chirurgie/">https://www.plastischechirurgie.org/plastische-chirurgie/</a>	Implantatregister, Ethikkodex, Leitlinien, div. Veranstaltungen	03.02.22

Quelle: GÖG-eigene Darstellung (2022)

## 7.11 Interviewleitfaden

### LEITFADEN

Interviewleitfaden zum Projekt „Evaluation ärztliches Qualitätssicherungssystem“

Datum des Interviews:

Interviewer:in:

befragte Expertin bzw. befragter Experte:

### Interviewleitfaden

#### Hintergrund

Das Ärztegesetz (ÄrzteG) 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.

Vor diesem Hintergrund wurde die GÖG beauftragt, eine Evaluierung des ärztlichen Qualitätssicherungssystems durchzuführen und den IST-Stand der Qualitätssicherung in diesem Bereich und Entwicklungsbedarfe, aber auch mögliche Handlungsoptionen zu erheben.

Es liegen bereits mehrere rezente Publikationen zur QS im niedergelassenen Bereich in Österreich vor, auf die im Zuge der Arbeiten zur Vermeidung von Doppelungen referenziert wird: Dabei berücksichtigt der GÖG-Bericht zum Vergleich aktueller Studien zur Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich (Weißenhofer/Piso 2019) einen RH-Bericht zur QS für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2018, den Efficiency Review der LSE (2017) und den Bericht zur Qualität in Arztpraxen des IHS (2018).

Die Empfehlungen der Berichte werden in fünf Handlungsfeldern zusammengefasst. Der GÖG-Bericht zur Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich (Weißenhofer/Piso 2019) ist den Stakeholderinnen und Stakeholdern bekannt und wird als Ausgangspunkt der Arbeiten herangezogen.

### Aufgaben der Organisation in der QS der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich

5. Eingangs möchten wir Sie ersuchen, kurz die relevanten Aufgaben und Tätigkeiten [Ihrer Institution] mit Bezug zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich zu erläutern.
6. Was sind die drei größten Herausforderungen bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben?

### Rahmen für QS in Österreich

Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich wird einerseits durch Vorgaben des Bundes vor allem im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) und im Zusammenhang mit der Qualitätsstrategie (z. B: Qualitätsstandards, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme) sowie im Berufsgesetz der Ärzteschaft (ÄrzteG 1998) geregelt. Ergänzend dazu gibt es rechtliche Vorgaben in der QS-VO der österreichischen Ärztekammer. Ein zentraler Aspekt in den analysierten Berichten ist die Qualitätssicherung in ärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen, die von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED) umgesetzt wird.

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

Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) ist gemäß Ärztegesetz im übertragenen Wirkungsbereich für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung, ausgenommen im Bereich der Fortbildung, im Hinblick auf überwiegende Interessen der Allgemeinheit zuständig und kann sich bei der Aufgabenerfüllung hilfsweise der ÖQMED bedienen. Die ÖQMED unterliegt im Rahmen der hilfsweisen Aufgabenerfüllung den Weisungen der ÖÄK und hat die Aufgaben, die in der Qualitätssicherungsverordnung enthalten sind, im Auftrag der ÖÄK zu erfüllen. Die Qualitätssicherungsverordnung (QS-VO) wird von der ÖÄK erlassen und regelt die Rahmenbedingungen, Evaluierungskriterien, Verfahrensschritte inkl. Umgang mit Mängeln sowie die Dokumentation (Register) des Qualitätssicherungsverfahrens der ärztlichen Ordinationen und Gruppenpraxen (QS-VO 2012; QS-VO 2018), wobei der Fokus laut Ärztegesetz auf Struktur- und Prozessqualität liegt (ÄrzteG 1998, § 118e (2)). Der ÖQMED sind in ihrer Tätigkeit ein Wissenschaftlicher Beirat und ein Evaluierungsbeirat zur Seite gestellt.

7. Wie steht [Ihre Organisation] insgesamt zur dieser Organisation der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich?
  - a) Wo sehen Sie die Stärken des momentanen Systems?
  - b) Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungspotenziale bei der Qualitätssicherung für den niedergelassenen ärztlichen Bereich? Wenn ja, in welchen Bereichen?

8. Wie beurteilen Sie die gesetzlichen Grundlagen für Qualitätssicherung in Österreich?
- Welche Bereiche sind aus Ihrer Sicht gut bzw. ausreichend geregelt?
  - Gibt es in diesem Bereich aus Ihrer Sicht Anpassungsbedarf?

### Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in den Arztpraxen

Im Handlungsfeld **Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in den Arztpraxen** werden **Empfehlungen der drei Berichte** zu folgenden Themenblöcken gegeben:

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

Die Adressaten für die Empfehlungen – bzw. jene Stellen, die an der Umsetzung mitwirken müssten – sind das BMSGPK, die ÖÄK und die ÖQMED als jene Institutionen, die Verantwortung für die Umsetzung der Empfehlungen tragen.

9. Wie steht [Ihre Institution] zu einer unabhängigen **Neuausrichtung der Qualitätssicherung** im niedergelassenen ärztlichen Bereich?
- Was sind aus Sicht [Ihrer Institution] mögliche Szenarien der (Neu-)Ausrichtung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich?
  - Wie und durch wen sollte die Finanzierung erfolgen?
10. Wie beurteilen Sie das **aktuelle Verfahren der Qualitätsevaluierung** in niedergelassenen Arztpraxen?
- Besteht aus Sicht [Ihrer Organisation] Anpassungsbedarf bei den Evaluierungskriterien?
  - Gibt es aus Sicht [Ihrer Organisation] Anpassungsbedarf beim Fragenbogen zur Selbstevaluierung? (z. B. Formulierung der Fragen, Inhalte, ...)
  - Gibt es aus Ihrer Sicht bei den Validitätsprüfungen Anpassungsbedarf? (Anzahl, verpflichtende Prüfung bei Neugründung)
  - Wäre aus Ihrer Sicht ein verpflichtendes Fremdassessment sinnvoll?
11. Wie steht [Ihre Organisation] zu einem **verpflichtenden Qualitätsmanagementsystem** in niedergelassenen Arztpraxen?
- Sollte ein Qualitätsmanagementsystem in niedergelassenen Arztpraxen gesetzlich vorgeschrieben werden?
  - Sollten Mindestanforderungen an QM-Systeme – über die bestehenden hinaus – festgelegt werden? Wenn ja, welche? Bzw. welche Kriterien sollte ein QM-System erfüllen?

12. Gibt es aus Sicht [Ihrer Organisation] bei der **Ärzteliste** der ÖÄK Anpassungsbedarf?
- Sollte z. B. eine Identifikationsnummer der Ordinationen (zusätzlich zur Ärztenummer) ergänzt werden?
  - Elektronische statt manuelle Eingabe von Daten – zur Erhöhung der Aktualität/Vermeidung von Fehlern?

### Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung

Im Handlungsfeld **Diagnosendokumentation und Indikatoren-Entwicklung** werden die Empfehlungen der Berichte in drei Handlungsfeldern zusammengefasst:

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

13. Wie steht [Ihre Organisation] zu der Einführung einer **ambulanten Diagnosendokumentation** im niedergelassenen Bereich?
- Wo sehen Sie Hemmnisse für die Umsetzung der ambulanten Diagnosendokumentation?
  - Welche Schritte wären für eine Einführung aus Ihrer Sicht notwendig? (Rahmenbedingungen bzw. begleitende Maßnahmen)
14. Von verschiedenen Seiten wird auf die Einführung einer **Ergebnisqualitätsmessung** im ambulanten Bereich gedrängt. Aktuell werden im niedergelassenen Bereich überwiegend Strukturqualitätskriterien festgelegt und zu einem geringeren Anteil Kriterien für die Prozessqualität. Wie steht [Ihre Organisation] zu dem **Aufbau einer Ergebnisqualitätsmessung**?
- Welche Voraussetzungen braucht es zusätzlich zur Diagnosendokumentation (bzw. Diagnosen- und Leistungsdokumentation) aus Sicht [Ihrer Organisation] zur Einführung von Ergebnisqualitätsmessungen?
  - Welche Faktoren sind aus Sicht [Ihrer Organisation] bei der Entwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren zu beachten?
  - Welche Stakeholder:innen sind aus Sicht [Ihrer Organisation] in der Entwicklung einzubinden?
  - Welche Indikationen sehen Sie als prioritär für eine Ergebnisqualitätsmessung?

15. Auch wird empfohlen, die **Ergebnisqualitätsmessung über die Versorgungsebenen** hinweg zu verbinden, um die Versorgung umfassend abbilden zu können.

Wie steht [Ihre Organisation] zu dieser Empfehlung?

- a) Was sind aus Sicht [Ihrer Organisation] hierbei die wesentlichsten Herausforderungen?
- b) Kennen Sie Modelle guter Praxis, auf die referenziert werden könnte?

### Transparenz in der Qualitätsarbeit

Hinsichtlich der „Transparenz in der Qualitätsarbeit“ beziehen sich die Empfehlungen der Berichte auf

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

16. Aufgrund der fehlenden Informationen für Patientinnen und Patienten über die Qualität der ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich empfiehlt der RH „**Qualitätsinformationen aus dem niedergelassenen Bereich aus Routinedaten** verständlich und qualitätsgesichert für die Bevölkerung im Rahmen einer beim BMSGPK eingerichteten neutralen Plattform“ anzubieten (Plattform analog zur kliniksuche.at). Es wird ein öffentlicher Zugang zu Daten der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich (z. B. aktuell Routinedaten) gefordert.

Wie steht [Ihre Organisation] zu dieser Empfehlung?

17. Wie sollen sich aus Sicht [Ihrer Institution] **Patientinnen und Patienten über qualitätsvolle Versorgungsangebote informieren können?**
18. Wo besteht aus Sicht [Ihrer Institution] **Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Patienteninformation?**
- a) Welche Kriterien sind aus Sicht [Ihrer Institution] vorrangig für die Patienteninformation?
  - b) Wie sollen aus Sicht [Ihrer Institution] Erfahrungen von Patientinnen und Patienten in diesen Informationen berücksichtigt werden? Wie sollten diese gemessen werden?
  - c) Welche Institutionen sind aus Ihrer Sicht berufen, Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zu erheben und zur Verfügung zu stellen?
  - d) Welchen Beitrag liefert [Ihre Institution] aktuell zur transparenten Information der Patientinnen und Patienten?

19. Der RH tätigt mehrere Empfehlungen zur **Neuausrichtung der QBE der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich**, aber auch zu einer sektorenübergreifenden QBE. Die Kritik erfolgt hier an den Qualitätsberichten der ÖQMED, wobei diesen Empfehlungen überwiegend bereits nachgekommen wurde.

- a) Wo ist aus Sicht [Ihrer Institution] noch Anpassungsbedarf der QBE der?
- b) Wo ist aus Sicht [Ihrer Institution] generell noch Entwicklungspotenzial in der QBE:  
hinsichtlich einer ambulanten QBE?  
hinsichtlich einer sektorenübergreifenden QBE?

20. Wo sehen Sie bezüglich **Datenzugang und -austausch** noch weitere Notwendigkeiten zur Beförderung der Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Versorgungsbereich?

### Weiterentwicklung der QA

Zur Weiterentwicklung der QA im niedergelassenen Bereich halten die Berichte drei Empfehlungen fest:

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

Die Empfehlungen adressieren primär das BMSGPK, sehen aber eine Mitwirkung der ÖQMED und der Zielsteuerungspartner:innen vor.

21. Die analysierten Berichte enthalten zu einigen Empfehlungen Vorschläge über die Darstellung/Veröffentlichung der Ergebnisse umgesetzter Empfehlungen. So sollen Feedbackberichte (risikoadjustiert) für einzelne Ärztinnen und Ärzte auf individueller Ebene mit regionaler Vergleichbarkeit sowie die Ergebnisse der Analyse von Good-Practice-Beispielen den jeweiligen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen. Außerdem empfiehlt die LSE Interventionen bei (wiederholten) Qualitätsverfehlungen (Support und in weiterer Folge Disziplinarmaßnahmen).

Wie steht [Ihre Organisation] zu dieser Empfehlung?

- a) Was halten Sie vom Aufbau von Feedback-Systemen für Ärztinnen und Ärzte (z. B. Scorecards mit Risiko-Adjustierung, um Vergleiche für die Ärztin bzw. den Arzt zu ermöglichen)?
- b) Wie ist die Haltung [Ihre Organisation] zu Interventionen bei (wiederholten) Qualitätsverfehlungen?
- c) Halten Sie den Pay-for-Performance-Ansatz für geeignet, zu einer Verbesserung der Qualität der ärztlichen Versorgung beizutragen?

22. Da trotz Eignung zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Zielsetzung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag bis dato außer „DMP Therapie Aktiv“ keine weiteren umsetzungsreifen integrierten Versorgungsprogramme vorhanden sind, empfiehlt der RH, der B-ZK einen Beschlussantrag zur Priorisierung und bundesweiten Ausrollung weiterer integrierter Versorgungsprogramme vorzulegen und in der Folge die zügige Entwicklung und Implementierung dieser Programme sicherzustellen.

Wie steht [Ihre Organisation] zu dieser Empfehlung?

- a) Was sind aus Sicht [Ihre Organisation] die wesentlichen Voraussetzungen für die Implementierung weiterer integrierter Versorgungsprogramme?
- b) Gibt es Lernerfahrungen aus dem bestehenden integrierten Versorgungsprogramm Therapie Aktiv?
- c) Für welche Erkrankungen sollten aus Ihrer Sicht integrierte Versorgungsprogramme entwickelt werden?
- d) Wie bzw. anhand welcher Kriterien sollte die Priorisierung erfolgen?

### Verbindliche Standards

Zu verbindlichen Standards die medizinische Versorgung betreffend werden Empfehlungen formuliert zu u. a.

- » Klären von Begriffen und Vornehmen einer Kategorisierung,
- » Entwickeln und Verbindlichmachen von (Qualitäts-)Standards (als Leitlinie oder Richtlinie) sowie der berufsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme sowie das Sicherstellen von deren Einhaltung.

Die Empfehlungen des RH richten sich an das BMSGPK, die Zielsteuerungspartner:innen und das BIQG (Mitwirkung).

23. Wie steht [Ihre Organisation] zum Verbindlichmachen der QS?
24. Gibt es aus Sicht [Ihrer Organisation] noch etwas, das Sie zum Thema QS, Leitlinien und deren Verbindlichkeit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten ergänzen wollen?

### Weitere Aspekte

25. Gibt es noch etwas, das Sie zum Thema Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen ärztlichen Behandlung oder der QS im Gesundheitssystem allgemein hinzufügen wollen, etwas, das Ihnen noch wichtig erscheint und über das wir noch nicht gesprochen haben?

**Vielen Dank für Ihre Rückmeldungen!**

## 7.12 Bereiche/Dimensionen der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Abbildung 7.1:

Bereiche/Dimensionen der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (B-ZK 2014)

<b>1. Strukturqualitätskriterien</b>
» Führung/Verantwortlichkeiten
» Qualitätsziele/-strategie (folgt methodisch dem Plan-Do-Check-Act Regelkreis)
» Strukturelle Verankerung (Organigramm/Funktionsbeschreibungen)
» Informationswesen
» Verfügbarkeit von Informationen über Leitlinien und Bundesqualitätsstandards (z. B. BQLL)
» Regelung zur Informationsweitergabe
» Dokumentenmanagement/Datenschutz
» Aufklärung der Mitarbeiter:innen über Verschwiegenheitspflicht/Datenschutz (nachweislich)
» Regelung des Umgangs mit Dokumenten
<b>2. Prozesse (Leistungen)</b>
» Instrumente zur Qualitätssicherung von Prozessen (z. B. SOP, Checklisten, Prozessbeschreibungen, interne und externe Kommunikation, regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln)
» Definition der wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung auf Basis des Leistungsspektrums (z. B. Therapien, Eingriffe, OPs)
» Notfallmanagement
<b>3. Risikomanagement / Patienten-/Mitarbeitersicherheit</b>
» Regelung eines risikominimierenden Prozesses für riskante Tätigkeitsbereiche (z. B. Medikationssicherheit, Hygiene, Blut/Gewebe etc.)
» Fehlermanagement (inkl. Krisenmanagement)
<b>4. Patientenorientierung</b>
» Beschwerdemanagement/Patientenfeedback/Patientenzufriedenheit
» Aufklärung der Patientinnen/Patienten über ihre Rechte
» Information zu Erreichbarkeit/Zugang (z. B. Barrierefreiheit)
<b>5. Mitarbeiterorientierung</b>
» Qualifikation der Mitarbeiter:innen (z. B. Fort-/Weiterbildung, Personalentwicklungskonzept)
» Schulung zur korrekten Anwendung von Medizinprodukten
» Kenntnis über Mitarbeiterzufriedenheit
<b>6. Transparenz/Ergebnisqualität</b>
» Berichterstattung zu den Mindestanforderungen (zuständig für die Berichtslegung ist die jeweilige Organisation bzw. der jeweilige Berufsverband für freiberuflich Tätige; Berichtsempfänger: BMG, Land, SV)
» Kontinuierliche Weiterentwicklung, Verbesserung und flächendeckende Sicherung der Qualität (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess)

Quelle und Darstellung: GÖG (B-ZK 2014)

## 7.13 Qualitätsmanagementsysteme für Arztpraxen

### 7.13.1 Qualitätsmanagementsystem für Arztpraxen ÖQM®

Das Qualitätsmanagementsystem für Arztpraxen ÖQM® ist ein ganzheitliches Führungskonzept, das 2011 im Auftrag der Ärztekammer für Wien und der Österreichischen Ärztekammer für Ärztinnen und Ärzte entwickelt wurde. Durch die Implementierung von ÖQM® soll gewährleistet werden, dass interne Strukturen, der gesamte Patientenkontakt und Schnittstellen zu externen Partnern in einem qualitätsvollen Maße organisiert, überprüft und verbessert werden können. Das ÖQM® besteht aus nachfolgenden acht Modulen:

1. Steuerung & Führung
2. Medizinische Qualität
3. Patientenorientierung
4. Information und Kommunikation
5. Sicherheit
6. Organisatorisches
7. Personalmanagement und Mitarbeiterorientierung
8. Innovation, Verbesserung und Prävention

Jedes der acht Module beinhaltet Kriterien, Fragenkataloge zur Selbstevaluierung, unterstützende Dokumente und Informationen sowie weiterführende Literatur- und Referentenlisten. Um ein Audit kann dann angesucht werden, sobald mindestens vier Module – einschließlich Modul 1 Steuerung und Führung – implementiert wurden. Nach einem erfolgreichen Audit wird ein ÖQM®-Zertifikat verliehen, welches fünf Jahre lang gültig ist.

Weitere Informationen zum Modell und zu den Inhalten sind auf der Website der ÖQmed zu finden: <https://www.oegmed.at/oegm>. Eine auf der Website veröffentlichte Liste weist insgesamt 14 Ordinationen aus, die sich einem freiwilligen Audit nach den ÖQM-Kriterien unterzogen haben.

### 7.13.2 Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)

Qualität und Entwicklung in Praxen® (QEP) ist ein deutsches Qualitätsmanagement-Verfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), das speziell für vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) entwickelt wurde, um Einrichtungen bei der Einführung ihres internen Qualitätsmanagements zu unterstützen.

Das Qualitätsmanagement-Verfahren QEP wurde mit Expertinnen und Experten aus der Praxis entwickelt, als Grundlage dienten anerkannte nationale wie internationale QM-Ansätze (beispielsweise EFQM, ISO oder Joint Commission sowie australische und kanadische Verfahren). Der so entwickelte Katalog mit den für Praxen relevanten Qualitätszielen wurde im Rahmen einer Pilotphase getestet und evaluiert (vgl. Website <https://www.kbv.de/html/qep.php>).

Der QEP-Qualitätsziel-Katalog wird als Herzstück von QEP bezeichnet und untergliedert sich in nachfolgende fünf Kapitel, die 62 sogenannte Kernziele enthalten:

- » Patientenversorgung (Hauptkapitel),
- » Patientenrechte und Patientensicherheit,
- » Mitarbeiter:innen und Fortbildung,
- » Führung und Organisation,
- » Qualitätsentwicklung.

Alle Qualitätsziele sind mit einem (oder mehreren) Nachweis(en)/Indikator(en) operationalisiert und veranschaulicht, wodurch sich gesetzliche Verpflichtungen und Vorgaben leicht in die Praxis übertragen und umsetzen lassen (vgl. Website <https://www.kbv.de/html/qep.php>).

Im ersten Schritt erfolgt auf Basis eines Fragebogens eine Selbstbewertung der Einrichtung. Darauf basierend, werden Ziele und Aufgaben festgelegt, ein Zeit- und Maßnahmenplan und Verantwortlichkeiten festgelegt. In einem QM-Handbuch werden alle qualitätsrelevanten Dokumente abgelegt. Danach folgt die Festlegung und schrittweise Umsetzung der Qualitätsziele, wobei der gesamte Qualitätszielkatalog in einer frei wählbaren Reihenfolge bearbeitet werden kann. Die Umsetzung wird regelmäßig überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt im Sinne des PDCA-Zyklus. Mit der vollständigen Erfüllung aller Kernziele gilt das QM-System als eingeführt, überprüft und weiterentwickelt. (Czypionka et al. 2018)

Ergänzend zum QEP-Qualitätsziel-Katalog stehen den Praxen ein „QEP-Manual“ mit Umsetzungsvorschlägen sowie Musterdokumenten zur Verfügung. Zudem werden QEP-Einführungsseminare angeboten. Bezugnehmend auf die QEP-Zertifizierung wird auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung darauf verwiesen, dass diese aus rechtlich zwingenden Gründen nicht fortgeführt werden. Unabhängig davon kann das Modell QEP ohne Zertifizierung genutzt werden (vgl. Website <https://www.kbv.de/html/qep.php>).

Im Rahmen der Stichprobenerhebung zum Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in Deutschland gemäß § 135a Abs. 2 SGB V für das Berichtsjahr 2019 konnten Einrichtungen freiwillig Angaben zum QM-Verfahren geben, auf dem ihr einrichtungsinternes QM-System aufbaut. Rund 30 Prozent der 2.229 Einrichtungen, die dazu Angaben machten, gaben an, die Qualitätsmanagementnorm ISO 9001 etabliert zu haben; dieses ist somit das am zweithäufigsten genannte Verfahren. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020)

### 7.13.3 Europäisches Praxisassessment (EPA)

**Das Europäische Praxisassessment (EPA)** ist ein von Ärztinnen und Ärzten entwickeltes Qualitätsmanagementsystem zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements (QM) in Arztpraxen. EPA unterscheidet nachfolgende fünf übergeordnete Themenfelder (Domänen) der Qualität:

- » Qualität & Sicherheit
- » Informationen
- » Infrastruktur
- » Patientinnen und Patienten
- » Team

Den fünf Domänen sind insgesamt 31 Unterthemen (Dimensionen) zugeordnet. Sie beinhalten derzeit mehr als 279 Qualitätsindikatoren. Diese stellen die Basis für die IST-Analyse dar, die im Rahmen des Praxis-Assessments geprüft werden. Auf Basis der Messung wird eine Analyse der Stärken und Schwächen durchgeführt, die aufzeigt, welche QM-Kriterien bereits erfüllt sind und wo Verbesserungspotenziale bestehen. Ein anonymes Benchmarking ermöglicht es der Praxis, direkte Vergleiche mit anderen EPA-Praxen zu ziehen. Ein:e Visitor:in bespricht mit den Verantwortlichen die Ergebnisse, definiert Qualitätsziele, arbeitet Optimierungsansätze heraus und zeigt Verbesserungsmaßnahmen auf.

Weitere Informationen zum Modell und zu den Inhalten sind auf der Website des aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH zu finden: <https://www.aqua-institut.de/produkte/epa/aktuelles-und-downloads>. Auf der Website wird darauf hingewiesen, dass bisher mehr als 2.300 Praxisassessments bei Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten, Zahnmedizinerinnen und Zahnmedizinern und in Medizinischen Versorgungszentren durchgeführt wurden. Wie viele österreichische Einrichtungen sich darunter befinden, ist nicht ausgewiesen.

### 7.13.4 ISO 9000 – Anforderungen Qualitätsmanagementsysteme

Die von der ISO (International Organization for Standardization) herausgegebenen Qualitätsmanagement-Normen DIN EN ISO 9000ff. werden in vielen Organisationen weltweit und branchenübergreifend als Grundlage für das Qualitätsmanagement verwendet.

Grundlegend ist der Normenkatalog ISO 9001, in dem die Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem (QM-System) festgelegt sind, die eine Organisation erfüllen muss, um Produkte und Dienstleistungen bereitzustellen, welche den Kundenerwartungen sowie allfälligen behördlichen Anforderungen entsprechen. Zugleich muss das Managementsystem einem stetigen Verbesserungsprozess unterliegen. Eine weitere wichtige Anforderung, die an

Qualitätsmanagementsysteme gestellt wird, ist die Prozessorientierung. Die ISO 9001 basiert auf nachfolgenden Grundsätzen des Qualitätsmanagements:

- » Kundenorientierung
- » Verantwortlichkeit der Führung
- » Einbeziehung der beteiligten Personen
- » Prozessorientierter Ansatz
- » Kontinuierliche Verbesserung
- » Sachbezogener Entscheidungsfindungsansatz
- » Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

Wichtige Instrumente zur Umsetzung der ISO 9001-Norm sind: interne Audits, regelmäßige Kunden- und Mitarbeiterbefragungen, Fehler- und Risikomanagement, jährliche Managementbewertung. Grundsätzlich sind die Normen der ISO-9000-Reihe nicht verbindlich. Somit ist es auch möglich, ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001 einzuführen, ohne eine Zertifizierung anzustreben.

der letzten österreichweiten verpflichtenden Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten für das Berichtsjahr 2017 gaben 32 von 155 Akutkrankenhäuser an, das ISO-Modell in der gesamten Einrichtung etabliert zu haben (zweithäufigste Nennung nach dem QM-Modell des EFQM). (BMGF 2017d) Bei den stationären Einrichtungen waren es 26 von 84 Einrichtungen (häufigstes genanntes QM-Modell). (BMGF 2017e) Inwieweit das QM-Modell der ISO 9000ff. von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Österreich verwendet wird, ist nicht bekannt.

In Deutschland konnten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Rahmen der Stichprobenerhebung zum Umsetzungsstand des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gemäß § 135a Abs. 2 SGB V für das Berichtsjahr 2019 freiwillig Angaben zum QM-Verfahren geben, auf dem ihr einrichtungsinternes QM-System aufbaut. Rund 43 Prozent der 2.229 Einrichtungen, die dazu Angaben machten, gaben an, das QEP-Verfahren als QM-Verfahren zu nutzen. Von 30 Prozent der Einrichtungen und somit als am zweithäufigsten genanntes Verfahren wurde die Qualitätsmanagementnorm ISO 9001 genannt. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020)

## Literaturverzeichnis

- ÄrzteG 1998: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Landesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), in der geltenden Fassung
- Ärztegesetz 1998: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Landesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, Fassung vom 01.03.2022
- AWMF ÄZQ (2007): Das Leitlinien-Glossar von AWMF und ÄZQ. ÄZQ-Schriftenreihe Bd 30. ÄZQ, Berlin
- B-ZK (2014): Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich. Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission Version 3.5. Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BAG (2019): Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens [Online]. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Bern
- BAG (2021): Qualitätsentwicklung in der Schweiz [Online]. Bundesamt für Gesundheit (BAG). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/qualitaetsentwicklung-schweiz.html> [Zugriff am 3. 3. 2022]
- BAG (2022a): Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Qualitätsstrategie). Hg. v. Bundesamt für Gesundheit, Bern
- BAG (2022b): Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung für die Jahre 2022–2024. Hg. v. Bundesamt für Gesundheit, Bern
- BAS Bonn (2022): Risikostrukturausgleich – Funktionsweise [Online]. Bundesamt für Soziale Sicherung. <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/rsa-einfach-erklart/> [Zugriff am 22.3.2022]
- Berchtold, P., Gedamke S., Schmitz Ch. (2020): Quality through patients' eyes. Final Report, Zürich
- BMASGK (2018a): Bundesqualitätsleitlinie Präoperative Diagnostik (Version 2018). Zielsteuerung-Gesundheit. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2018b): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGK (2019): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

- BMGF (2017a): Fact Sheet. Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Zielsteuerung-Gesundheit. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017b): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMGF (2017c): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.0. Aktualisierung der Qualitätsstrategie. Zielsteuerung-Gesundheit. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017d): Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern. Expertenbericht Berichtsjahr 2015. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMGF (2017e): Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen. Expertenbericht Berichtsjahr 2015. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BMSGPK (2020): Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz. Zielsteuerung-Gesundheit. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2021a): Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. Zielsteuerung-Gesundheit. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2021b): Qualitätsstandard Patient Blood Management. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- CQC (2022a): About us. Hg. v. Care Quality Commission (CQC), Newcastle upon Tyne
- CQC (2022b): Publications [Online]. Care Quality Commission (CQC). <https://www.cqc.org.uk/publications> [Zugriff am 3. 5. 2022]
- Czypionka, Thomas; Föbleitner, Sophie; Six, Eva (2018): Qualität in Arztpraxen. Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich. Health System Watch. Institut für Höhere Studien, Wien
- Desomer, Anja; Van den Heede, Koen; Triemstra, Mattanja; Paget, John; De Boer, Dolf; Kohn, Laurence; Cleemput, Irina (2018): Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Health Services Research (HSR). KCE Reports 303. Hg. v. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brüssel
- Duden Wörterbuch (2018): messen [Online]. Duden. <https://www.duden.de/rechtschreibung/messen#b2-Bedeutung-1> [Zugriff am 17. 9. 2018]
- EC (2019): Defining Value in 'Value Based Health Care'

- Factsheet accompanying the opinion by the Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). Hg. v. Commission, European, Brussels
- Etgeton, Stefan (2022): Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf. Hg. v. Stiftung, Bertelsmann, Gütersloh
- G-BA (2020): Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL. Bundesanzeiger, Gemeinsamer Bundesausschuss
- Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz: Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 26/2017, in der geltenden Fassung
- Gesundheitsqualitätsgesetz: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl I Nr 179/2004, Fassung vom 1. 3. 2022
- GÖG (2021): Statusbericht Fachgruppe Versorgungsprozesse. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Güntert, Bernhard (2022): Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe (Externe Stellungnahme zum Bericht), Bern
- HAS (2021): Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Hg. v. Haute Autorité de santé, Saint-Denis
- IGJ (2022): Rapporten zorgaanbieders en bedrijven (Berichtsuche der Gesundheitsanbieter). Toezichtdocumenten [Online]. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. <https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/> [Zugriff am 3. 5. 2022]
- IHS HealthEcon (2014): Zum Nutzen von Diagnosekodierungen für Österreich. In: Health System Watch IV/:1–16
- IOM Committee on Quality of Health Care in America (2001): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. In: National Academies Press (NAP): 364
- IQTIG (2021): Tätigkeitsbericht 2020. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin
- IQTIG (2022): Das IQTIG [Online]. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) [Zugriff am 30. 4. 2022]
- iWantGreatCare (2022): The trusted site for healthcare reviews [Online] [Zugriff am 16.05.2022]
- Jonitz, Günther (2022): Kurze Stellungnahme zur "Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe" (Externe Stellungnahme zum Bericht), Bern
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Umsetzungsstand des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung (2019) – Anlage zum Beschluss In:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Kodierunterstützung für Praxen startet 2022: Das sind die Funktionen. Praxisnachrichten [Online]. KBV. [https://www.kbv.de/html/1150\\_54025.php](https://www.kbv.de/html/1150_54025.php) [Zugriff am 03.05.2022]
- 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
- MORI, Ipsos (2021): GP Patient Survey 2021 - Technical Annex, London
- Mossialos, Elias; Czypionka, Thomas; Cheatley, Jane; Thalmann, Inna; Polton, Dominique; Jeurissen, Patrick; Pfeil, Walter J.; Müller, Rudolf; Pöltner, Walter; Mosler, Rudolf; Hoffmann, Werner; Raupp, Julia; Dür, Stefan (2017): Effizienzanalyse des österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems. Band 3 - Originalbeiträge der Stakeholder. LSE Consulting, London
- NEJM (2017): What Is Value-Based Healthcare? In: NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery: ISSN: 2642-0007
- NHS (2022a): GB patient survey - Frequently asked questions [Online]. National Health Service (NHS). <https://www.gp-patient.co.uk/faq> [Zugriff am 3. 5. 2022]
- NHS (2022b): Managing patient feedback [Online]. National Health Service (NHS). <https://www.nhs.uk/about-us/managing-patient-feedback/> [Zugriff am 7. 3. 2022]
- NHS (2022c): NHS Patient Surveys [Online]. National Health Service (NHS). <https://nhssurveys.org/surveys/> [Zugriff am 3. 5. 2022]
- ÖÄK (2022): Österreichische Ärzteliste [Online]. Österreichische Ärztekammer. <https://www.aerzteliste-online.at/> [Zugriff am 2. 3. 2022]
- ÖÄK, Bundeskurie Niedergelassene Ärzte (2022): Rückmeldung zur Anfrage an die Bundesfachgruppen zu Qualitätsinitiativen der niedergelassenen Ärzteschaft.
- OECD (2017): Caring for quality in health. Final Report
- OECD (2019): Measuring What Matters: the Patient-Reported Indicator Surveys. 2019 Status Report
- OECD (2020): System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation [Online]. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris
- OECD (2021): Health Care Quality and Outcomes Indicators [Online]. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/health/health-care-quality-outcomes-indicators.htm> [Zugriff am 3. 5. 2022]
- ÖGDV (2022): Rückmeldung zur Anfrage an die Fachgesellschaft zu Qualitätsinitiativen der niedergelassenen Ärzteschaft

- ÖGGG (2022): Rückmeldung zur Anfrage an die Fachgesellschaft zu Qualitätsinitiativen der niedergelassenen Ärzteschaft
- ÖGGH (2016): Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie
- ÖGGH (2019): Zertifizierungsrichtlinie Qualitätssicherung Darmkrebsvorsorge. Version 6.0. Wien
- ÖGGH (2021): Empfehlungen der ÖGGH zur Darmkrebsvorsorge und Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie – Update 2021. Wien
- ÖGGH (2022a): Bestätigung über den Nachweis der durchgeführten Koloskopien
- ÖGGH (2022b): Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge [Online]. Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie. <http://www.oeggh.at/zertifikat/cms/> [Zugriff am 1. 2. 2022]
- ÖGGH (2022c): Vereinbarung zur Teilnahme am Projekt Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge
- ÖGLMKC, ÖQUASTA, GALP (2022): Allgemeine Stellungnahme zu der Qualitätspolitik in Laboren
- ÖQMED (2018): Qualitätsbericht. Auswertung der gesetzlichen Evaluierung von Ordinationen und Gruppenpraxen. 2012–2017. Hg. v. Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, Wien
- ÖQMED Hygiene-V (2014): Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-V 2014)
- QP-RL (2019): Evaluation der Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztlicher Versorgung (QP-RL), G-BA, In der gültigen Fassung
- QS-VO 2012: Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2012 – QS-VO 2012) in der Fassung der 1. Novelle der QS-VO 2012
- QS-VO 2018: Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2018 – QS-VO 2018), Nr. 3/2017, in der geltenden Fassung
- QS-VO (2018b): Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2018 – QS-VO 2018)
- 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

- Steinbeck, Viktoria; Ernst, Sophie-Christin; Pross, Christoph (2021): Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich. Hg. v. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Teisberg, Elizabeth; Wallace, Scott; O'Hara, Sarah (2020): Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. In: Academic Medicine 95/5/:685
- Veit, Christof (2022): Qualitätsarbeit im niedergelassenen Bereich – Bestandserhebung und Entwicklungsbedarfe (Kurz-Stellungnahme zum Bericht), Bern
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (2017): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, Fassung vom 29. 1. 2022
- Weißenhofer, Sabine; Piso, Brigitte (2019): Vergleich aktueller Studien zur Qualitätsmessung und Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich. Gesundheit Österreich, Wien
- WHO (2022): Quality of care [Online]. World Health Organisation. [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1) [Zugriff am 5. 5. 2022]
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021
- Zorgkaart Nederland (2022a): Keuzehulpen van patiëntenorganisaties (Entscheidungshilfen für Patientenorganisationen) [Online]. Patiëntenfederatie Nederland. <https://www.zorgkaartnederland.nl/keuzehulpen> [Zugriff am 7. 3. 2022]
- Zorgkaart Nederland (2022b): Wat is ZorgkaartNederland? [Online]. Patiëntenfederatie Nederland. <https://www.zorgkaartnederland.nl/content/wat-is-zorgkaartnederland> [Zugriff am 7. 3. 2022]

