

Projektbericht
Research Report

Februar 2019

Verbesserungspotenziale des extramuralen fachärztlichen Sektors

Jahresthema 2017

Claudia Fischer
Miriam Reiss
Thomas Czypionka
Sophie Fößleitner

Studie im Auftrag
des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Claudia Fischer, Miriam Reiss, Thomas Czypionka, Sophie Föbtleitner

Titel

Verbesserungspotenziale des extramuralen fachärztlichen Sektors

Kontakt

T +43 1 59991-127

E thomas.czypionka@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Vienna

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

<i>Abstract</i>	5
<i>Zusammenfassung</i>	6
1 Einleitung	8
2 Hintergrund	10
2.1 Qualitätsdimensionen im Gesundheitswesen	10
2.2 Der Versorgungsprozess im extramuralen fachärztlichen Sektor	15
3 Methode	23
4 Ergebnisse	26
4.1 Gesprächsqualität	26
4.1.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen	27
4.1.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung.....	31
4.1.3 Internationale Lösungsoptionen	33
4.2 Medikamentenverschreibung.....	37
4.2.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen	38
4.2.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung.....	39
4.2.3 Internationale Lösungsoptionen	40
4.3 Transparenz	46
4.3.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen	47
4.3.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung.....	52
4.3.3 Internationale Lösungsoptionen	54
4.4 Wartezeiten	62
4.4.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen	62
4.4.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung.....	67
4.4.3 Internationale Lösungsoptionen	69
4.5 Versorgungsunterschiede & Unterversorgung	75
4.5.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen	75
4.5.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung.....	87
4.5.3 Internationale Lösungsoptionen	90
4.6 Versorgungskoordination	101
4.6.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen	102
4.6.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung.....	106
4.6.3 Internationale Lösungsoptionen	108
4.7 Rechtlicher/vertraglicher Rahmen im Vergleich.....	122
4.7.1 Gesprächsqualität	124
4.7.2 Medikamentenverschreibung	126
4.7.3 Transparenz.....	130

4.7.4	Wartezeiten	132
4.7.5	Versorgungsunterschiede & Unterversorgung	135
4.7.6	Versorgungskoordination.....	139
5	Fazit.....	142
6	Verzeichnisse	149
6.1	Abkürzungsverzeichnis	149
6.2	Abbildungsverzeichnis	152
6.3	Tabellenverzeichnis	154
6.4	Literaturverzeichnis	155
6.5	Sonstige verwendete Quellen.....	168
Anhang	169

Abstract

For the Austrian outpatient specialist sector hardly any information on quality of care in this area is available. At the same time, Austria exhibits the highest hospital admission rates among all OECD countries as well as a high number of ambulatory care sensitive hospital admissions. The aim of the current study is to describe the current quality of outpatient specialist care in Austria and to identify potential for improvement. In order to gain a comprehensive view on the status quo, existing literature and data were examined and expert interviews with stakeholders of the health system as well as focus groups with chronically ill patients were conducted. Furthermore, measures used internationally to improve quality of care are presented in the study, with a particular focus on measures that are potentially within the scope of action of social health insurance. To this end, a targeted review of international literature was conducted. From the identified problem areas and corresponding measures from international experience, implications for research as well as policy makers are derived. The following selected aspects are examined by means of this approach: quality of the conversation with the physician, prescribing, transparency, waiting times, variation of care provision/underprovision of care, and coordination of care. Moreover, an additional section compares legal and contractual provisions with respect to quality of care in both the national and the international context.

Zusammenfassung

Zum extramuralen fachärztlichen Sektor in Österreich liegen bisher kaum Informationen zur Qualität der Versorgung vor. Gleichzeitig weist Österreich die höchsten stationären Aufnahme­raten im OECD-Vergleich sowie hohe Aufnahme­raten aufgrund von Ambulatory Care Sensitive Conditions auf. Das Ziel der vorliegenden Studie liegt darin, die derzeitige Qualität der Versorgung durch niedergelassene FachärztInnen in Österreich zu beschreiben und Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Um eine umfassende Sicht auf den Status quo zu erlangen, wurden einerseits die bestehende Literatur bzw. Datenlage begutachtet und andererseits ExpertInneninterviews mit Stakeholdern des Gesundheitswesens bzw. Fokusgruppen mit chronisch kranken PatientInnen durchgeführt. Weiters werden im Rahmen der Studie Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität aus der internationalen Erfahrung präsentiert, insbesondere solche, zu denen die Sozialversicherung in ihrer Beziehung zu den Vertragspartnern beitragen kann. Zu diesem Zweck wurde eine gezielte Recherche in der internationalen Literatur durchgeführt. Aus den identifizierten Verbesserungspotenzialen und den entsprechenden internationalen Lösungsoptionen werden schließlich Implikationen für die Forschung sowie politische Entscheidungsträger abgeleitet. Folgende ausgewählte Aspekte werden auf diese Weise beleuchtet: Gesprächsqualität, Medikamentenverschreibung, Transparenz, Wartezeiten, Versorgungsunterschiede bzw. Unterversorgung sowie Versorgungskoordination. Ergänzend wird außerdem auf die Verankerung von Qualitätsvorgaben in einem rechtlichen bzw. vertraglichen Rahmen im nationalen sowie internationalen Vergleich eingegangen.

1 Einleitung

In der gesundheitspolitischen Debatte in Österreich wird gerne der Begriff „ambulant vor stationär“ verwendet oder auch die Versorgung im extramuralen Bereich normativ vor jene im Spital gereiht. Dennoch funktioniert die Allokation der Inanspruchnahme von PatientInnen nicht optimal, was sich u.a. an der Anzahl der stationären Aufenthalte, bezogen auf die Bevölkerung, bemerkbar macht. Mit 253 Krankenhausentlassungen pro 1.000 EinwohnerInnen wies Österreich im Vergleich der *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) nach Deutschland im Jahr 2016 den zweithöchsten Wert auf (OECD 2017).

Dieser Umstand spiegelt sich auch in der Rate der sogenannten *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) wider. Dabei handelt es sich um Spitalsaufenthalte, die durch eine zeitgerechte und effektive ambulante Versorgung verhindert werden hätten können. ACSC stellen somit einen Indikator für die Leistungsfähigkeit der Primär- bzw. extramuralen Versorgung dar. Österreich weist im internationalen Vergleich relativ hohe ACSC-Aufnahmeraten auf (Czypionka et al. 2014). Hinzu kommt die Tatsache, dass sich Ambulanzen mit stark steigenden Kosten sowie hohen Wartezeiten bei verschiedenen Disziplinen auseinandersetzen müssen, wodurch sich die Problematik der Spitalslastigkeit in Österreich weiter verschärft.

Da im extramuralen fachärztlichen Sektor in Österreich bisher wenig Fokus auf Transparenz und Rechenschaftspflicht gelegt wird, ist es auch weitgehend unklar, wie es um die Qualität der Versorgung steht. Während im stationären Bereich bereits erste Schritte zur Ergebnisqualitätsmessung gesetzt wurden, wird im ambulanten Bereich derzeit noch kein bundesweit einheitliches Konzept angewandt (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen 2017).

Der Frage der Qualität der Versorgung durch niedergelassene FachärztInnen soll daher näher auf den Grund gegangen werden. Dem vorliegenden Bericht liegen folgende zentrale Forschungsfragen zugrunde:

Wie lässt sich die derzeitige Qualität des extramuralen fachärztlichen Sektors in Österreich beschreiben und wo liegen Verbesserungspotenziale?

Welche Maßnahmen gibt es international, um die Qualität der Versorgung zu verbessern, insbesondere solche, zu denen die Sozialversicherung (SV) in ihrer Beziehung zu den Vertragspartnern beitragen kann?

Es wird darauf abgezielt, diese Forschungsfrage auf Basis eines faktenbasierten Assessment zu erfassen. Dabei soll es um einen Qualitätsanspruch gehen, der nicht nur die klinische Qualität der Versorgung, sondern auch die „Servicequalität“ mit umfasst.

Gemäß dem Grundsatz der jüngsten 15a-Vereinbarung zur Stärkung des Sachleistungsprinzips (*Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Art 6*) soll die bestehende fachärztliche Versorgung in mehreren Aspekten auf den Prüfstand gestellt werden. Die Vorgehensweise zur Bearbeitung dieser Fragestellung ist multimodal, da konkrete Fakten nicht nur als explizites Wissen in Studien vorliegen, sondern häufig implizit bei den handelnden Personen. Zunächst wurde aus bestehenden Arbeiten zur Qualität in Gesundheitssystemen ein Analyserahmen entwickelt, anhand dessen die weitere Bearbeitung der Forschungsfrage erfolgte. Anschließend wurden Quellen, die sich bisher mit der Qualität der extramuralen fachärztlichen Versorgung in Österreich befassten, zusammengetragen und entsprechend des Analyserahmens aufgearbeitet. In einem nächsten Schritt wurde eine qualitative Untersuchung durchgeführt, im Zuge derer die extramurale fachärztliche Versorgung mit ExpertInnen in Form von Fokusgruppen und Interviews besprochen wurde. Abschließend wurden die Ergebnisse aus den Vormodulen durch eine Recherche im internationalen Bereich ergänzt. Dieser Analyseschritt ist notwendigerweise elektiv, da **nicht alle Fragen zur Qualität im Rahmen dieses Berichts bearbeitet werden können**.

Der vorliegende Bericht gliedert sich wie folgt: Kapitel 2 geht auf den konzeptionellen Hintergrund der Studie ein, in Kapitel 3 wird die methodische Vorgehensweise erklärt. Die Ergebnisse, aufgeschlüsselt nach ausgewählten Qualitätsaspekten, werden in Kapitel 4 präsentiert. Zudem wird in Kapitel 4.7 ein Überblick über die Verankerung von Qualitätsvorgaben in einem rechtlichen bzw. vertraglichen Rahmen im nationalen sowie internationalen Vergleich gegeben. In Kapitel 5 schließlich werden Schlussfolgerungen gezogen und mögliche Implikationen für das österreichische Gesundheitssystem aufgezeigt.

2 Hintergrund

2.1 Qualitätsdimensionen im Gesundheitswesen

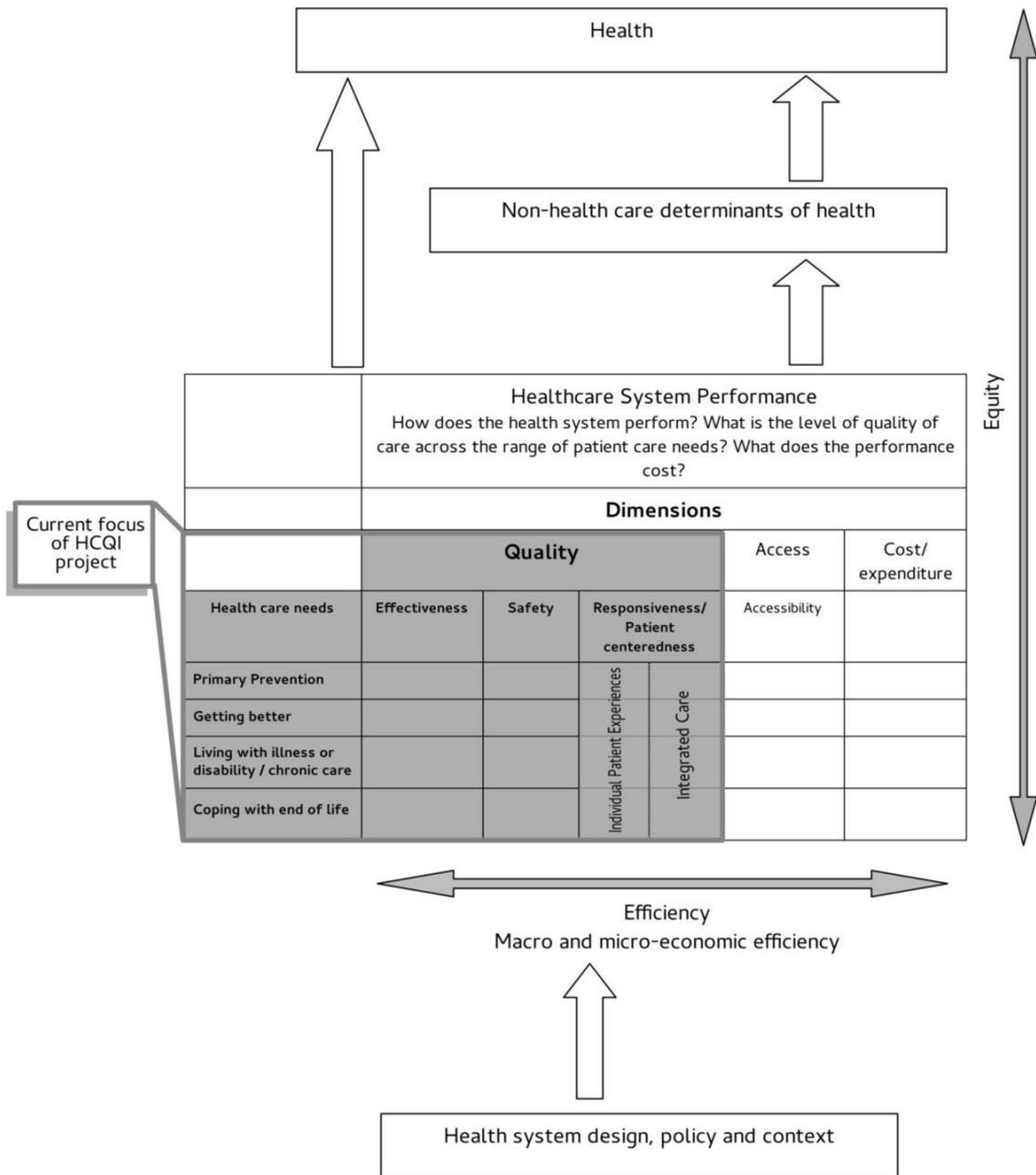
Es wird darauf abgezielt, die fachärztliche Versorgung in verschiedenen Qualitätsdimensionen zu analysieren. Eine Literaturrecherche dient unterstützend bei der Operationalisierung der zu betrachtenden Dimensionen. Ziel dabei ist, eine Übersicht über häufig verwendete internationale Analyserahmen und deren Qualitätsdimensionen zu erhalten, die auf den Versorgungsprozess im extramuralen ärztlichen Sektor in Österreich umgelegt werden können.

In den letzten Jahren haben viele Länder damit begonnen, den Fokus in ihrer Gesundheitspolitik vermehrt auf Qualität, Transparenz und Rechenschaft (*accountability*) zu legen. Der steigende Kostendruck, Behandlungsfehler und die Alterung der Bevölkerung sind nur einige der zahlreichen Beweggründe dafür (OECD 2004; Smith 2002; Institute for Medicine 2001a). Als Folge des verstärkten Qualitätsfokus wurde auch begonnen, die Qualität von Leistungen im Gesundheitswesen standardisiert zu erfassen. Sogenannte *Qualitätsindikatoren* werden dabei im Rahmen von Qualitätsmanagement verwendet. Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität der Versorgung ermöglichen sollen und dazu verwendet werden, die PatientInnenversorgung zu überwachen, zu evaluieren und zu verbessern (Canadian Council on Health Services Accreditation 1996). Um den stetigen Anstieg der Zahl an Qualitätsindikatoren zu regeln und eine Priorisierung der Qualitätsindikatoren zu unterstützen sowie Kohärenz zu gewährleisten, ist es unumgänglich, diese adäquat begrifflich zu erfassen (Arah et al. 2006: 5). Zu diesem Zwecke wurden von verschiedenen Seiten konzeptuelle Modelle entwickelt.

Eines der am häufigsten verwendeten Modelle ist jenes der OECD, welches auf das gesamte Gesundheitssystem ausgerichtet ist. Das 2015 aktualisierte konzeptuelle Modell, dargestellt in Abbildung 1, beinhaltet folgende Dimensionen: Effektivität (*effectivity*), Sicherheit (*safety*), Reaktionsbereitschaft auf Anliegen/PatientInnenzentriertheit (*responsiveness/patient centeredness*), Zugänglichkeit (*accessibility*) sowie Kosten/Ausgaben (*cost/expenditure*) (Carinci 2015). Darüber hinaus werden die Dimensionen der makro- und mikroökonomischen Effizienz (*efficiency*) sowie der Chancen-/Zugangsgleichheit (*equity*) als die restlichen Dimensionen übergreifende Konzepte dargestellt.

Im Anhang wird eine Übersicht über weitere Modelle, welche den Fokus der Betrachtung variieren, präsentiert.

Abbildung 1: OECD-Analyserahmen zur Ergebnismessung im Gesundheitswesen



Anmerkung: HCQI = Health Care Quality Indicators
Quelle: Carinci et al. (2015)

Tabelle 1: Qualitätsdimensionen des Gesundheitswesens im internationalen Gebrauch

Dimensionen	Vereinigtes Königreich	Kanada	Australien	USA	ECHI	Commonwealth Fund	WHO	OECD	WONCA	IOM	Steffen	Darzi	Campbell
Fähigkeit zu Akzeptanz (<i>acceptability</i>)		✓				✓							
Zugänglichkeit (<i>accessibility</i>)	✓	✓	✓	✓		✓		✓					✓
Angemessenheit (<i>appropriateness</i>)		✓	✓			✓							
Versorgungsumfeld und Ausstattung (<i>care environment and amenities</i>)	✓												
Kompetenzen/Fähigkeiten (<i>competences/capabilities</i>)		✓	✓										
Kontinuität (<i>continuity</i>)		✓	✓			✓							
Effektivität/Verbesserung von Outcomes (<i>effectiveness/improving outcomes of care</i>)	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ausgaben/Kosten (<i>expenditure/cost</i>)							✓	✓					
Effizienz (<i>efficiency</i>)		✓	✓	✓			✓	✓		✓			
Chancen- bzw. Zugangsgleichheit (<i>equity</i>)	✓	✓	✓	✓						✓			
Governance	✓												
PatientInnenzentriertheit/PatientInnenfokus/Reaktionsbereitschaft auf Anliegen (<i>patient-centeredness/patient focus/responsiveness</i>)	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓
(PatientInnen-)Sicherheit (<i>(patient) safety</i>)	✓	✓	✓	✓						✓		✓	
Nachhaltigkeit (<i>sustainability</i>)			✓										
Zeitgerechtheit (<i>timeliness</i>)	✓			✓						✓			✓

Anmerkung: ECHI = European Community Health Indicators, WHO = World Health Organization, ECHI = European Community Health Indicators, WONCA = World Organization of Family Doctors, IOM = Institute of Medicine

Diese Tabelle wurde von Arah et al (2006: 8) adaptiert und mit weiteren konzeptuellen Modellen, die durch eine Literaturanalyse identifiziert wurden, ergänzt (Agency for Healthcare Research and Quality 2010a; Gage 2013; Health Quality Ontario 2014: 26; WONCA 2006; Steffen 1988; Campbell 2000; Wilcock 2010).

Obwohl sich die verschiedenen konzeptuellen Modelle in ihrer Ausrichtung unterscheiden, ähneln sie sich zu großen Teilen in den betrachteten Qualitätsdimensionen (vgl. Tabelle 1). Die am häufigsten genannten Dimensionen in den verschiedenen konzeptuellen Modellen sind demnach folgende:

- Effektivität bzw. Verbesserung von Outcomes (*effectiveness/improving outcomes of care*)
- PatientInnenzentriertheit bzw. PatientInnenfokus bzw. Reaktionsbereitschaft auf Anliegen (*patient-centeredness/patient focus/responsiveness*)
- Zugänglichkeit (*accessibility*)
- Effizienz (*efficiency*)
- (PatientInnen-)Sicherheit (*(patient) safety*)
- Chancen-/Zugangsgleichheit (*equity*)
- Zeitgerechtheit (*timeliness*)

Die einzelnen Qualitätsdimensionen auf Systemebene werden im Folgenden kurz beschrieben.

Effektivität bzw. Verbesserung von Outcomes (*effectiveness/improving outcomes of care*)

Unter effektiver Gesundheitsversorgung (*effectiveness*) versteht man, dass die beste Versorgung auf Basis des wissenschaftlichen Erkenntnisstands jenen angedeiht, die davon profitieren, und man diese PatientInnen von jenen, die nicht davon profitieren, unterscheiden kann. Dadurch soll es zur Vermeidung von Unterversorgung und Fehlversorgung kommen (Institute of Medicine 2001a).

PatientInnenzentriertheit bzw. PatientInnenfokus bzw. Reaktionsbereitschaft auf Anliegen (*patient-centeredness/patient focus/responsiveness*)

Die Dimension der PatientInnenzentriertheit (*patient-centeredness*) kann folgendermaßen definiert werden: *“Health care that establishes a partnership among practitioners, patients, and their families (when appropriate) to ensure that decisions respect patients’ wants, needs, and preferences and that patients have the education and support they need to make decisions and participate in their own care”* (Institute of Medicine 2001b). PatientInnenzentriertheit versucht also, eine Mitbeteiligung von allen in die Gesundheitsversorgung involvierten Personen zu etablieren und sicherzustellen, dass PatientInnen nicht nur über eine gewisse Gesundheitskompetenz

verfügen, sondern auch alle Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt werden. Dieser Qualitätsaspekt kann durch eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation¹ unterstützt, jedoch durch verschiedene Faktoren wie bspw. Sprachbarrieren erschwert werden (Rhoades 2001; Agency for Healthcare Research and Quality 2010b).

Zugänglichkeit (*accessibility*) bzw. Chancen-/Zugangsgleichheit (*equity*)

Die Qualitätsdimensionen Zugänglichkeit (*accessibility*) und Chancen-/Zugangsgleichheit (*equity*) sind eng miteinander verbunden, weshalb eine gemeinsame Betrachtung sinnvoll erscheint.

Die Dimension der Zugänglichkeit betrachtet, inwiefern alle PatientInnen den gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen, unabhängig von Charakteristika wie Einkommen, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit, haben. Nach Levesque et al. (2013) kann Zugänglichkeit wiederum in fünf Unterkategorien unterteilt werden:

- Offenheit (*approachability*): Möglichkeit für Personen mit Gesundheitsproblemen, das Leistungsangebot wahrzunehmen und zu verstehen (z.B. Transparenz, Bereitstellung von Informationen)
- Akzeptanz (*acceptability*): kulturelle und soziale Faktoren, die bestimmen, ob Art und Rahmenbedingungen der Leistungserbringung gemeinhin akzeptiert werden (z.B. Berufsethos bei Leistungserbringern, soziale Normen, Umgang mit kulturellem Hintergrund der PatientInnen)
- Verfügbarkeit und Annehmlichkeit (*availability and accommodation*): Erreichbarkeit von Leistungen sowohl im räumlichen als auch im zeitlichen Sinne (z.B. geografische Lage, Öffnungszeiten, Terminvergabe)
- Leistbarkeit (*affordability*): Zugänglichkeit im ökonomischen Sinne (z.B. direkte bzw. indirekte Kosten, Opportunitätskosten)
- Angemessenheit (*appropriateness*): Adäquanz der erbrachten Leistungen in Bezug auf Bedürfnisse

Der Begriff der *equity* wird von der WHO (2017) definiert als „*the absence of avoidable or remediable differences among groups of people, whether those groups are defined socially, economically, demographically, or geographically*“. *Equity in healthcare* bedeutet also, dass sich die Gesundheitsversorgung nicht nach Einkommen, sondern nach Unterschieden in den gesundheitlichen Bedürfnissen richtet. Das Konzept kann

¹ Dieser Begriff ist hier und in weiterer Folge genderneutral zu verstehen und bezieht sich auf die Kommunikationen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

somit in etwa als Chancen- bzw. Zugangsgleichheit im Gesundheitsbereich übersetzt werden.

Effizienz (*efficiency*)

Die Dimension der Effizienz (*efficiency*) bezieht sich auf das Bestreben, das richtige Maß an (knappen) Ressourcen für Gesundheitsleistungen im Ausgleich mit anderen Ausgabenpositionen zu finden (allokative Effizienz) sowie zu garantieren, dass diese Ressourcen optimal eingesetzt werden (technische bzw. Skaleneffizienz) (Arah 2006; Arah 2003; Veillard 2005; Donabedian 2003). Der OECD-Analyserahmen beinhaltet bspw. Gesundheitsausgaben bzw. Kosten als Teil der Effizienz (Arah et al. 2006: 8).

(PatientInnen-)Sicherheit (*(patient) safety*)

Die Definition von (PatientInnen-)Sicherheit variiert von Institution zu Institution, die WHO (2012) bspw. definiert *patient safety* als „*the reduction of risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum*“. Beispiele für Indikatoren der PatientInnensicherheit sind das Ausmaß von medizinischen Fehlern, wie etwa die Angabe einer falschen Blutgruppe oder die Verabreichung einer falschen Medikation, chirurgische Komplikationen, wie z.B. postoperative Sepsis, oder institutionsweite Indikatoren, zu denen die Dekubitus-Rate oder sogenannte *adverse events* (dt.: unerwünschte Behandlungsergebnisse) zählen (Tsang 2008).

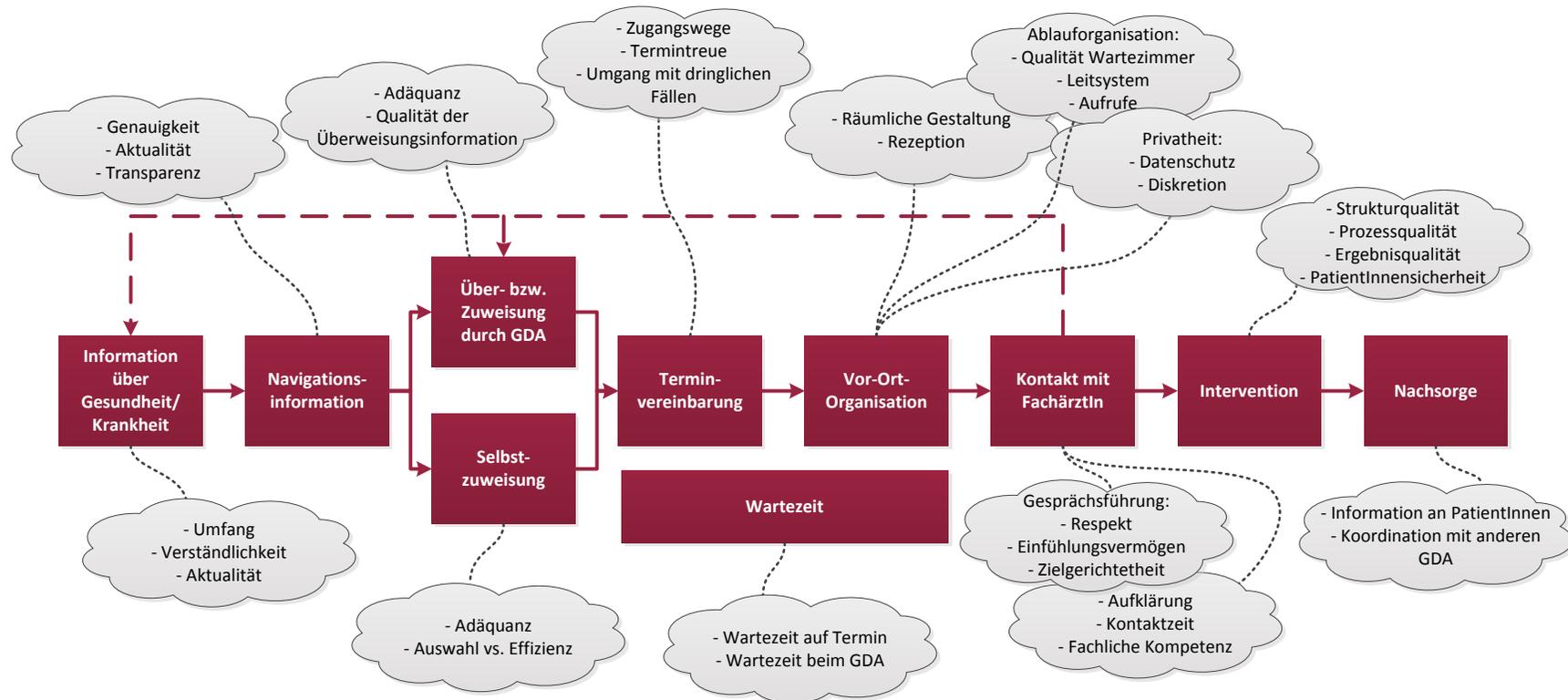
Zeitgerechtigkeit (*timeliness*)

Die Dimension *timeliness* beschreibt, inwiefern Prozesse im Gesundheitsbereich zeitgerecht abgewickelt werden. So wird u.a. darauf abgezielt Wartezeiten, die unter Umständen gesundheitsschädlich sein können, zu verkürzen (Institute of Medicine 2001a).

2.2 Der Versorgungsprozess im extramuralen fachärztlichen Sektor

In Abbildung 2 ist der Versorgungsprozess im extramuralen fachärztlichen Sektor schematisch dargestellt. Dabei sind sowohl die Schritte, die in einem solchen Prozess üblicherweise durchlaufen werden, als auch die dem jeweiligen Schritt zuzuordnenden Qualitätsaspekte dargestellt. Im Folgenden werden die Schritte des Versorgungsprozesses genauer beleuchtet.

Abbildung 2: Der Versorgungsprozess im extramuralen fachärztlichen Sektor



Anmerkung: GDA = Gesundheitsdiensteanbieter
Quelle: IHS (2018)

1. Information über Gesundheit/Krankheit

Am Beginn des Versorgungsprozesses steht die Information der/des Betroffenen über Gesundheit bzw. Krankheit. Dabei handelt es sich einerseits um Basisinformation – z.B. physiologische Vorgänge, Symptome bzw. Krankheitsbilder, Gesundheitsförderung und Prävention – und andererseits um weiterführende Information zu Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten bei Erkrankung (Czypionka et al. 2007). Diese Thematik steht in engem Zusammenhang mit der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Relevante Aspekte im Zusammenhang mit Information über Gesundheit bzw. Krankheit sind der Umfang, in dem diese zur Verfügung stehen, wie verständlich die Informationen aufbereitet sind und ob die Informationen dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen.

2. Navigationsinformation

Wird auf Basis der Information über Gesundheit bzw. Krankheit die Entscheidung getroffen, dass professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden soll, so wird Information bzgl. des geeigneten Leistungserbringers benötigt. Dies wird mit dem Begriff der Navigationsinformation bezeichnet. Während dieser Schritt in Österreich bisher der/dem Betroffenen selbst oblag, kann dabei neuerdings auf die „Gesundheitshotline 1450“ als Unterstützung zurückgegriffen werden (vgl. Kapitel 4.6 für nähere Informationen).

Unter den Begriff der Navigationsinformation fällt zum einen Strukturinformation, wie z.B. Angaben zu örtlicher bzw. zeitlicher Erreichbarkeit, Konditionen (z.B. Vertragspartnerstatus) oder dem speziellen Leistungsangebot. Zum anderen gehört dazu auch Leistungs- und Qualitätsinformation, welche der/dem Betroffenen ermöglicht einzuschätzen, ob die Leistung zu ihrer/seiner Zufriedenheit erbracht werden wird (Czypionka et al. 2007). Idealerweise führt die Bereitstellung von Navigationsinformation dazu, dass die Versorgung am sogenannten *best point of service* in Anspruch genommen wird.

Navigationsinformation sollte in möglichst genauer und aktueller Form vorliegen, bspw. auf den Webauftritten der Leistungsanbieter oder Portalen zur Anbietersuche. Weiters kommt im Bereich der Navigationsinformation auch der Transparenzaspekt zum Tragen, bspw. in Bezug auf die Qualität der Leistungserbringung beim jeweiligen Anbieter.

3. Überweisung bzw. Selbstzuweisung

Als nächster Schritt im Versorgungsprozess erfolgt häufig ein Besuch bei der/dem HausärztIn, welche/r gegebenenfalls an eine/n FachärztIn überweist bzw. zuweist.¹ Die Überweisung kann jedoch auch von einer/einem FachärztIn zu einer/einem anderen erfolgen. Ein zentraler Qualitätsaspekt in Zusammenhang mit der Überweisung durch einen Gesundheitsdiensteanbieter ist die Adäquanz der Überweisung: Erfolgt die Überweisung zum richtigen Zeitpunkt im Behandlungsprozess und ist wurde der passende Anbieter für die Überweisung ausgewählt? Auch die Qualität der Überweisungsinformation ist von Bedeutung. Dies betrifft auch die Information an die/den PatientIn bezüglich der weiteren Vorgehensweise, aber v.a. die Informationen, die von der/dem überweisenden ÄrztIn an die/den FachärztIn weitergegeben wird (z.B. bei radiologischen Untersuchungen).

Alternativ erlaubt es das österreichische Gesundheitssystem jedoch auch eine/n FachärztIn direkt, d.h. ohne Überweisung, aufzusuchen. Man spricht in diesem Fall von Selbstzuweisung. Während die Frage der Adäquanz sich bereits im Falle einer Überweisung stellt, fällt sie bei Selbstzuweisung noch stärker ins Gewicht: Ist die Selbstzuweisung gesundheitswissenschaftlich sinnvoll? Das Fehlen einer sogenannten *gatekeeping*-Funktion ermöglicht den Versicherten in Österreich einerseits ein hohes Maß an Wahlfreiheit. Dem steht andererseits der Effizienzaspekt gegenüber: Ist die Selbstzuweisung angemessen, so konnten durch den entfallenen vorgelagerten Arztkontakt Kosten bzw. Zeit gespart werden. Ist die Selbstzuweisung hingegen nicht angemessen, so fallen durch den vermeidbaren Arztkontakt im Gegensatz Kosten bzw. erhöhte Wartezeiten für andere PatientInnen an.

4. Terminvereinbarung

Der Überweisung bzw. Selbstzuweisung zu einer/einem FachärztIn folgt in der Regel die Vereinbarung eines Termins. Ein Aspekt dabei sind die angebotenen Zugangswege: In der überwiegenden Mehrheit der Fälle erfolgt die Terminvereinbarung telefonisch (bzw. mitunter auch persönlich), jedoch ermöglichen immer mehr Anbieter auch eine Online-Terminvereinbarung. Ist ein Termin vereinbart, so stellt sich die Frage der Termintreue, d.h. wie verlässlich der Termin generell bzw. die vereinbarte Uhrzeit vor Ort eingehalten wird. Damit in Zusammenhang steht auch der Umgang mit dringlichen Fällen bei der Terminvergabe.

¹ Von Überweisung wird gesprochen, wenn die/der PatientIn zur weiteren Behandlung an eine/n andere/n ÄrztIn/Arzt überwiesen wird. Eine Zuweisung liegt vor, wenn die/der behandelnde ÄrztIn/Arzt für eine konkrete Untersuchung (z.B. Laboruntersuchung) an eine/n andere/n ÄrztIn/Arzt zuweist, den Befund aber selbst mit der/dem PatientIn bespricht. Zur Vereinfachung wird in der Folge der Begriff „Überweisung“ synonym für Über- und Zuweisungen gebraucht.

5. Vor-Ort-Organisation

Erscheint ein/e PatientIn vor Ort zum Termin bei der/dem FachärztIn, so muss die räumliche Gestaltung allen PatientInnen ein problemloses Erreichen der Praxis ermöglichen. Es sollte also Barrierefreiheit auf dem Weg in die Praxis sowie innerhalb der Praxisräumlichkeiten garantiert sein. Der erste Kontakt in der Praxis findet anschließend in der Regel mit der Rezeption statt. Die Qualität dieses Kontakts hängt u.a. ab vom persönlichen Umgang sowie von der Art, in der auf besondere Bedürfnisse von PatientInnen eingegangen wird.

Ein weiteres Element der Vor-Ort-Organisation ist die Ablauforganisation. Darunter fällt bspw. die Gestaltung des Wartebereiches sowie das Vorhandensein bzw. die Qualität eines Leitsystems für PatientInnen. Des Weiteren sollten Aufrufe klar verständlich sein, auch für alte bzw. schwerhörige PatientInnen.

Von zentraler Bedeutung ist zudem der Umgang mit Privatheit in der Praxis. Dies umfasst einerseits die Handhabung von PatientInnendaten im engeren Sinne, z.B. die Verwahrung von Karteikarten oder Akten. Andererseits fällt darunter die Diskretion in Praxisabläufen. Ein Beispiel ist die Diskretion, mit der bei der Anmeldung bzw. bei telefonischen Gesprächen vorgegangen wird – es sollte ermöglicht werden, dass Informationen an der Rezeption bzw. am Telefon vertraulich ausgetauscht werden können. Ein weiteres Beispiel ist die Organisation der Räumlichkeiten, welche eine Wahrung der Privatsphäre der PatientInnen sicherstellen sollte (z.B. Sichtschutzeinrichtungen).

Ein Aspekt, der den Zeitpunkt der Terminvereinbarung bis zum tatsächlichen Kontakt mit der/dem FachärztIn überspannt, ist jener der **Wartezeit**. Darunter fallen sowohl die Wartezeit auf einen Termin als auch die Wartezeit vor Ort. Wartezeiten sind nicht nur von Bedeutung für die Versorgungserfahrung der PatientInnen, sondern können gesundheitliche Auswirkungen haben.

6. Kontakt mit der/dem FachärztIn

Den nächsten Schritt im Versorgungsprozess stellt der tatsächliche Kontakt mit der/dem FachärztIn dar. Ein zentraler Qualitätsaspekt ist dabei die Gesprächsführung: Wieviel Respekt bringt die/der ÄrztIn der/dem PatientIn gegenüber, wird das Gespräch mit genügend Einfühlungsvermögen geführt und bleibt dabei aber trotzdem zielgerichtet?

Weiters stellt sich die Frage, ob die/der PatientIn im Rahmen des Gesprächs ausreichend aufgeklärt wurde, bspw. über Nebenwirkungen einer Therapie. Auch die insgesamt für den Kontakt in Anspruch genommene Zeit sollte angemessen sein. Dabei gilt es sowohl die Qualität des Gesprächs bzw. des Informationsaustausches als auch

den Anspruch einer effizienten Arbeitsweise zu berücksichtigen. Selbstverständlich ist für die Qualität des Kontakts außerdem die fachliche Kompetenz der/des ÄrztIn ausschlaggebend, bspw. für eine korrekte Diagnose.

Anstelle einer Intervention kann als nächster Schritt im Versorgungsprozess nun eine weitere Überweisung an einen anderen Gesundheitsdiensteanbieter oder auch die Abwägung der erhaltenen Information durch die/den PatientIn ohne unmittelbare Intervention erfolgen. In diesen Fällen werden gegebenenfalls die vorher genannten Schritte erneut durchlaufen (vgl. Abbildung 2).

7. Intervention

Wenn die Notwendigkeit dafür festgestellt wird, erfolgt als nächster Schritt des Versorgungsprozesses die Intervention bzw. Behandlung. Da es sich dabei um den zentralen Schritt im Versorgungsprozess handelt, kommen hier besonders viele Qualitätsaspekte zum Tragen.

Strukturqualität bezeichnet die Menge und Qualität an personeller, sachlicher und technischer Ausstattung, die für die Intervention notwendig sind, um die qualitativ hochwertig durchführen zu können. Unter Prozessqualität versteht man die Qualität der Abläufe, also ob die Intervention richtig durchgeführt wird. Letztlich entscheidend ist die Ergebnisqualität der Intervention, also ob das gesetzte Ziel erreicht werden konnte.

Die Intervention ist dabei natürlich nicht der einzige Einflussfaktor. So kann durch schlechte Vorbereitung die Intervention richtig, aber zu spät durchgeführt werden. Oder die Nachsorge wird nicht richtig durchgeführt, sodass sich das initiale Ergebnis verschlechtert.

8. Nachsorge

Den letzten Schritt im Versorgungsprozess im extramuralen vertragsärztlichen Bereich bildet die Nachsorge. Auch in diesem Zusammenhang ist Information ein zentraler Qualitätsaspekt. Zum einen geht es dabei um die Qualität der Information, die PatientInnen unmittelbar im Anschluss an die Behandlung bzgl. des weiteren Prozedere erhalten. Zum anderen betrifft es die Koordination mit anderen Anbietern, welche in die weitere Versorgung der/des PatientIn eingebunden sind. Diese sollten zeitnah und in verständlicher Weise die nötigen Informationen erhalten.

Es würde den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen, alle genannten Schritte hinsichtlich aller Qualitätsdimensionen zu analysieren. Darüber hinaus gibt es zwischen den verschiedenen Aspekten zahlreiche Wechselwirkungen – so liegt der Frage der

Öffnungszeiten bei ÄrztInnen bspw. wiederum die Frage der Tarifgestaltung, der Ausbildungskapazitäten etc. zugrunde. Die Studie beschränkt sich dabei auf die erste Stufe, nämlich die tatsächliche Organisation der Versorgung.

Im Ergebnisteil (Kapitel 4) werden ausgewählte Aspekte aus dem Versorgungsprozess herausgegriffen, die im Hinblick auf Qualität beleuchtet werden. Die ausgewählten Aspekte sind Gesprächsqualität (Kapitel 4.1), Medikamentenverschreibung (Kapitel 4.2), Transparenz (Kapitel 4.3), Wartezeiten (Kapitel 4.4), Versorgungsunterschiede bzw. Unterversorgung (Kapitel 4.5) sowie Versorgungskoordination (Kapitel 4.6). Diese Aspekte sind jeweils in unterschiedlichem Maße mit den in Kapitel 2.1 angeführten Qualitätsdimensionen assoziiert. In Tabelle 2 wird der Versuch einer Zuordnung unternommen, wobei zu beachten ist, dass eine solche Zuordnung aufgrund der oben genannten Wechselwirkungen nicht völlig trennscharf erfolgen kann. Weitere Ausführungen zu diesen Assoziationen finden sich jeweils am Beginn des entsprechenden Kapitels.

Tabelle 2: Assoziationen zwischen Qualitätsdimensionen und im Ergebnisteil betrachteten Aspekten

	Gesprächsqualität	Medikamenten- verschreibung	Transparenz	Wartezeiten	Versorgungs- unterschiede/ Unterversorgung	Versorgungs- koordination
Effektivität bzw. Verbesserung von Outcomes <i>(effectiveness/improving outcomes of care)</i>	✓	✓	✓		✓	✓
PatientInnenzentriertheit bzw. PatientInnenfokus bzw. Reaktionsbereitschaft auf Anliegen <i>(patient-centeredness/patient focus/responsiveness)</i>	✓		✓			✓
Zugänglichkeit bzw. Chancen-/Zugangsgleichheit <i>(accessibility/equity)</i>	✓		✓	✓	✓	
Effizienz <i>(efficiency)</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
(PatientInnen-) Sicherheit <i>((patient) safety)</i>	✓	✓	✓			
Zeitgerechtheit <i>(timeliness)</i>			✓	✓	✓	✓

Quelle: IHS (2018)

3 Methode

Im folgenden Abschnitt wird die methodische Vorgehensweise bei der Bearbeitung der konkreten Fragestellung dieses Berichts beschrieben. Dabei werden die einzelnen Schritte, die in Kapitel 4 bei den ausgewählten Qualitätsaspekten jeweils zur Anwendung kommen, im Detail erläutert.

Status quo des Forschungsstandes zur Versorgung in Österreich

In einem ersten Schritt wurden jene Quellen, die sich bisher mit der Qualität der extramuralen fachärztlichen Versorgung in Österreich befasst haben, zusammengefasst. Die Literatur wurde gemäß dem zuvor beschriebenen Analyserahmen aufgearbeitet. Im Zuge des systematischen Erfassens wurden Verbesserungspotenziale in der Versorgung sowie mögliche Lücken in der Literatur und weiterer Forschungsbedarf identifiziert.

Identifikation von Verbesserungspotenzialen auf Basis einer qualitativen Untersuchung

Zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen wurde außerdem eine qualitative Untersuchung durchgeführt. Im Zuge dieser Untersuchung wurde die extramurale fachärztliche Versorgung mit ExpertInnen in Form von Fokusgruppen und Interviews besprochen wurde. Als ExpertInnen gelten hier, im soziologischen Sinne, alle Personen, deren Erfahrungsschatz mit der Thematik Erkenntnisse bringen kann – also nicht nur Fachleute, sondern auch Betroffene. Ziel der Fokusgruppen und Interviews war es, konkrete Probleme in der fachärztlichen Versorgung sowie unbefriedigte Bedürfnisse zu identifizieren. Der Fokus lag dabei auf Aspekten, die in der Literatur bislang noch kaum oder wenig beleuchtet wurden.

Insgesamt wurden sechs explorative Interviews mit ExpertInnen wie PatientInnenvertreterInnen, LeiterInnen von Selbsthilfegruppen, VertragspartnerInnen und PatientInnenanwältInnen durchgeführt, um mögliche Problemfelder und Verbesserungspotenziale zu erkennen. Die Interviews wurden im Zeitraum von August bis November 2017 entweder persönlich, telefonisch oder schriftlich mittels eines Fragenkatalogs durchgeführt. Alle interviewten TeilnehmerInnen gaben ihre Einwilligung zur Aufzeichnung und anschließenden Auswertung der Interviews.

Zusätzlich wurden zwei Fokusgruppen mit chronisch kranken PatientInnen abgehalten. Fokusgruppen werden im Gesundheitsbereich vielfach erfolgreich angewandt, um die Perspektive von PatientInnen und anderen Stakeholdern im Gesundheitssystem zu erforschen (z.B. Carr et al 2003; Kitzinger 2006). Durch die Gruppendynamik, die im

Laufe einer Diskussion entsteht, werden TeilnehmerInnen zum Kommentieren, Erklären und Widersprechen motiviert, wodurch viele Facetten einer bestimmten Thematik offengelegt werden. Dies bewirkt, dass ein möglichst umfassendes Bild erlangt wird, anstatt nur eine individuelle Meinung zu berücksichtigen (Tausch 2016).

In *mixed-methods*-Studien – wie auch der vorliegenden Studie – werden Fokusgruppen häufig eingesetzt, um die Ergebnisse aus der Literatur besser zu verstehen und vertiefende Detailinformation zu erhalten (Creswell et al 2007; Kroll et al 2005). Zusätzlich ging es im Zusammenhang der vorliegenden Studie auch darum, österreichspezifische Problemstellungen zu beleuchten. Um die Diskussion zu leiten, wurden die aus den explorativen Interviews und der Literatur zuvor identifizierten Problemfelder und Verbesserungspotenziale als Strukturhilfe in der Fokusgruppe verwendet.

An den Fokusgruppen nahmen insgesamt 10 Personen teil, die an diversen chronischen Erkrankungen leiden bzw. Angehörige solcher PatientInnen sind (Tabelle 3). Die TeilnehmerInnen wurden durch Selbsthilfegruppen und deren Netzwerke identifiziert.

Tabelle 3: Charakteristika der TeilnehmerInnen der Fokusgruppen

Nr.	Alter	Geschlecht	Krankheitsbild	Herkunft
1	61 Jahre	weiblich	Morbus Crohn	Österreich
2	34 Jahre	männlich	Colitis Ulcerosa	Österreich
3	83 Jahre	weiblich	Asthma/Allergie/verschobene Wirbel	Österreich
4	39 Jahre	weiblich	Diabetes Typ 1	Österreich
5	64 Jahre	männlich	Diabetes (später 1)	Österreich
6	64 Jahre	weiblich	Rheumatoide Polyarthrit	Österreich
7	75 Jahre	männlich	COPD Stufe 3, Schlafapnoe, hoher Blutdruck	Österreich
8	63 Jahre	weiblich	Angehörige	Österreich
9	45 Jahre	weiblich	Systemischer Lupus erythematodes	Österreich
10	49 Jahre	weiblich	Systemischer Lupus erythematodes mit Gelenkbeteiligung	Österreich

Quelle: IHS (2018)

Eine Moderatorin leitete die Fokusgruppen, die in den Räumlichkeiten des IHS in Wien am 21. November 2017 und am 14. Dezember 2017 stattfanden. Im Vorfeld wurden die Fokusgruppen thematisch durch das Definieren von Fragestellungen abgesteckt, die in Form eines Leitfadens festgehalten wurden. Dieser wurde verwendet, um die Diskussion zu leiten und zu unterstützen. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte im

Anschluss, wobei das wörtliche Transkript, das anhand der Audioaufnahmen während der Fokusgruppe erstellt wurde, als Basis für die qualitative Auswertung diente. Die weiterführende Analyse konzentrierte sich auf die Inhaltsebene, da der Gruppenoutput und das Identifizieren zentraler Meinungen und Themen der FokusgruppenteilnehmerInnen den Fokus der Untersuchung bildeten (Schulz 2012).

Internationale Lösungsoptionen

Die Ergebnisse aus den Vormodulen wurden durch eine gezielte Recherche in der internationalen Literatur ergänzt. Das Ziel dieser Recherche lag darin, für die identifizierten Defizite jeweils darzustellen, ob und wie derartige Problemstellungen in anderen Gesundheitssystemen gelöst werden. Des Weiteren wurden die identifizierten Lösungsansätze dahingehend beleuchtet, ob sie im österreichischen Kontext zur Verbesserung der Versorgungssituation eingesetzt werden könnten.

Im Kontext der internationalen Lösungsoptionen ist zu beachten, dass die Rahmenbedingungen der fachärztlichen Versorgung international meist nur in sehr eingeschränktem Maße mit dem österreichischen System vergleichbar sind. So wird fachärztliche Versorgung häufig in erster Linie oder ausschließlich im intramuralen Bereich erbracht, während aber gleichzeitig der Primärversorgungsbereich ein breiteres Leistungsspektrum abdeckt als es in Österreich der Fall ist. Internationale Lösungsoptionen können daher nicht nur aus dem extramuralen fachärztlichen Bereich bezogen werden, sondern es muss ein umfassenderer Blickwinkel eingenommen werden, der auch Ansätze bspw. aus dem Primärversorgungsbereich miteinbezieht.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturrecherche, der explorativen Interviews, der Fokusgruppen sowie der internationalen Literaturrecherche für eine Auswahl der identifizierten Themen mit Verbesserungspotential besprochen. Zudem wird die Handhabung der einzelnen Qualitätsdimensionen in den gesamtvertraglichen Regelungen in Österreich sowie im internationalen Vergleich untersucht, wodurch sich Implikationen für veränderte rechtliche Rahmenbedingungen ergeben.

4.1 Gesprächsqualität

Effektive Kommunikation zwischen der/dem behandelnden ÄrztIn und deren/dessen PatientInnen ist essentiell für das Aufbauen einer therapeutischen Arzt-Patienten-Beziehung¹, da diese die Basis für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung darstellt (Fong Ha et al. 2010). Der positive Effekt von guter Gesprächsqualität auf diverse Outcomes ist mittlerweile durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt. Die bessere Identifikation von PatientInnenbedürfnissen, -wahrnehmungen und -erwartungen, höhere PatientInnenzufriedenheit, besseres Verständnis von medizinischer Information und bessere Therapie-Adhärenz sind einige der zahlreichen positiven Auswirkungen (Hall 1981; Brédart 2005; Platt 2007; Henrdon 2002; Arora 2003). Gute Gesprächsqualität zwischen PatientInnen und ÄrztInnen umfasst vier zentrale Ebenen: die sprachlich-interaktive Ebene (Gesprächsführung), die inhaltliche Ebene (Fachinhalte), die psychosoziale Ebene (Beziehung) und die Ebene des Gesprächssettings (Umfeld) (BMGF 2016a).

Gesprächsqualität ist ein zentraler Aspekt in der Versorgung und steht daher in Zusammenhang mit einer Vielzahl von Qualitätsdimensionen. Die Effektivität der Versorgung ist bspw. maßgeblich davon abhängig, ob Informationen zwischen PatientIn und ÄrztIn in ausreichendem Maße und auf verständliche Weise ausgetauscht werden. PatientInnenzentriertheit verlangt ebenfalls, dass der/dem PatientIn im Rahmen des Gesprächs ausreichend Möglichkeit dazu gegeben wird persönliche Bedürfnisse und Präferenzen zu kommunizieren und sich an Versorgungsentscheidungen zu beteiligen. Auch die PatientInnensicherheit kann davon abhängig sein, ob Anweisungen verständlich weitergegeben werden. In Bezug auf Zugänglichkeit bzw. Chancen-/Zugangsgleichheit besteht die Relevanz der Gesprächsqualität v.a. darin, dass auch vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie MigrantInnen, Personen mit niedrigem Bildungsstand, älteren und/oder

¹ Dieser Begriff ist hier und in weiterer Folge gender-neutral zu verstehen und bezieht sich auf die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

beeinträchtigten Personen eine hochwertige Arzt-Patienten-Kommunikation zuteilwird. Zwischen der Effizienz der Versorgung und der Gesprächsqualität besteht hingegen ein gewisses Spannungsverhältnis: Da Zeitressourcen von ÄrztInnen knapp sind, muss die Gesprächsführung so gestaltet werden, dass die Qualität des Gesprächs sichergestellt, aber gleichzeitig nicht zu viel Zeit beansprucht wird.

4.1.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen

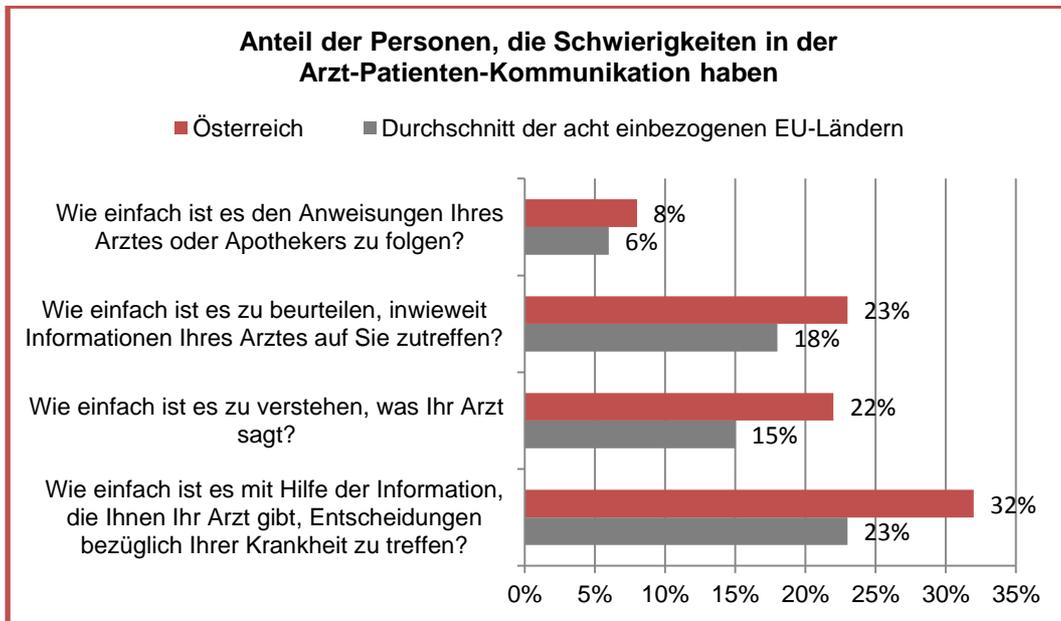
Über den aktuellen Forschungsstand zum Thema Gesprächsqualität in der Arzt-Patienten-Kommunikation in Österreich geben Sator et al. (2015) eine umfassende Übersicht über durchgeführte PatientInnenbefragungen und publizierte sprachwissenschaftliche Studien (z.B.: Gleichweit et al. 2011; HLS-EU Consortium 2012; Pelikan et al. 2013; Menz et al. 2010; Menz et al. 2014; Menz et al. 2015). Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation in Österreich unter dem EU-Durchschnitt liegt. Dabei wird die Gesprächsqualität im niedergelassenen privat- und wahlärztlichen Bereich von ExpertInnen höher eingeschätzt als im niedergelassenen kassenärztlichen bzw. im stationären Bereich. Als besonders von der Problematik betroffen werden vulnerable Gruppen wie MigrantInnen, Personen mit niedriger Bildung, (mehrfach) chronisch Kranke sowie ältere Personen gesehen (Sator et al. 2015).

Hinzu kommt, dass Österreich im internationalen Vergleich einen relativ hohen Anteil an Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz aufweist, wodurch der Fokus auf eine gute Arzt-Patient-Kommunikation besonders wichtig erscheint. Empirische Erkenntnisse dazu liefert der *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), der in acht europäischen Ländern im Zeitraum zwischen 2009 und 2012 durchgeführt wurde. Dabei wurden pro Land 1.000 Personen befragt. Die Ergebnisse für Österreich wurden in einer Studie von Pelikan et al. (2013) aufgearbeitet. Wie der HLS-EU zeigt, weisen 51,6% der ÖsterreicherInnen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Dieser Wert liegt deutlich über dem Durchschnitt über die acht betrachteten EU-Länder von 47,6%.¹ In den Niederlanden liegt der Prozentanteil von Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz bspw. bei nur 29%. Besonders schlecht schneidet Österreich bei allen Fragen zur Arzt-Patienten-Kommunikation ab. Dies hat zur Folge, dass es 32% der PatientInnen in Österreich schwer fällt mit Hilfe der ärztlichen Information Entscheidungen bezüglich ihrer Krankheit zu treffen – verglichen mit durchschnittlich 23% in den EU-Vergleichsländern (HLS-EU Consortium 2012; Pelikan et al. 2013). Abbildung 3 zeigt die Einzelergebnisse zu vier Fragen bzgl. der Arzt-Patienten-

¹ Die acht Länder, in denen Befragungen durchgeführt wurden, sind Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlande, Österreich, Polen und Spanien.

Kommunikation in Österreich im Vergleich zum Durchschnitt der einbezogenen Länder. Bei allen vier Fragen liegt der Anteil der Personen, die angeben im jeweiligen Bereich Schwierigkeiten zu haben, in Österreich überdurchschnittlich hoch.

Abbildung 3: Arzt-Patienten-Kommunikation in Österreich im EU-Vergleich



Anmerkung: Prozentanteil bezieht sich auf Summe der Antworten „sehr schwierig“ und „ziemlich schwierig“
 Quelle: HLS-EU Consortium (2012)/Pelikan et al. (2013); adaptierte Darstellung: IHS (2018)

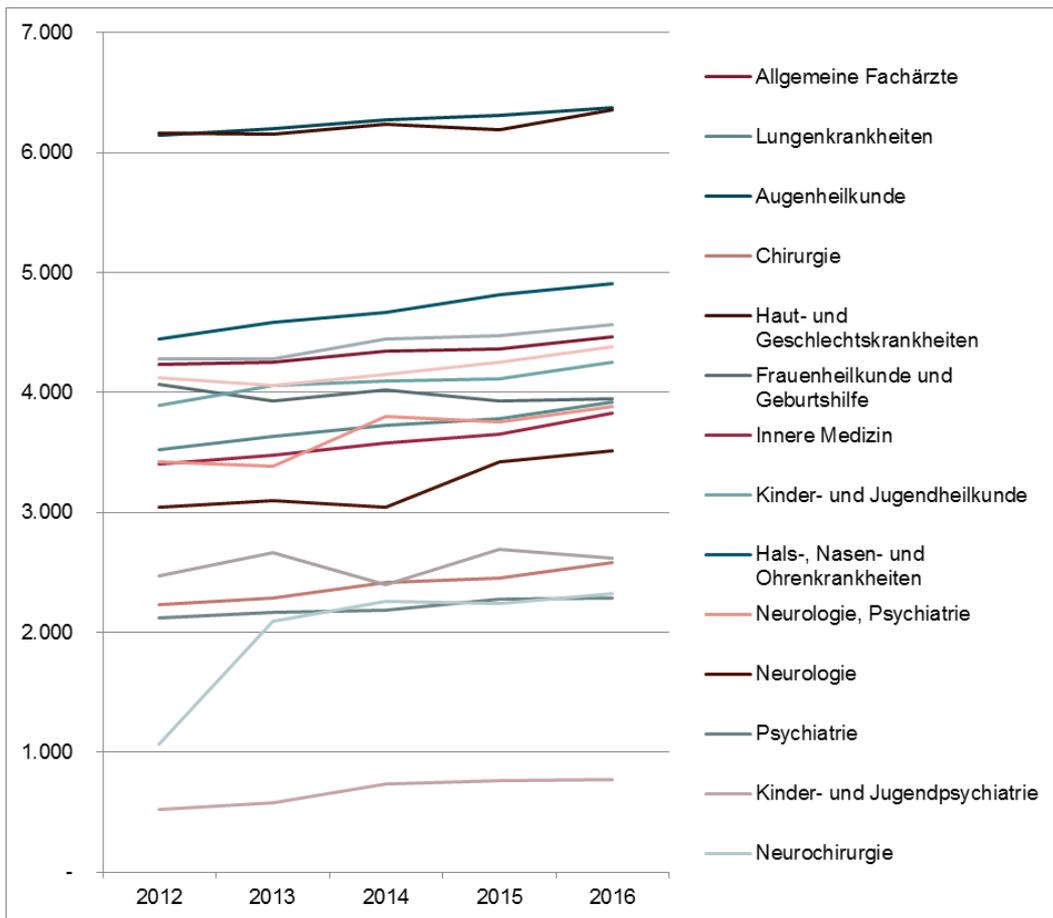
Weiterführende Auswertungen des HLS-EU zeigen, dass es in Bezug auf Gesundheitskompetenz einen sozialen Gradienten gibt. Höheres Alter, Migrationshintergrund, niedrigere formale Bildung, niedrigerer subjektiver sozialer Status und insbesondere finanzielle Deprivation bedingen demnach niedrigere Gesundheitskompetenz (Pelikan et al. 2013).

Laut der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebenen „Bevölkerungsbefragung 2016“ (n=3.478) erwartet sich die Bevölkerung insbesondere, dass ÄrztInnen zuhören (88%), sich Zeit nehmen (81%), Fachkenntnisse haben (74%) und nach dem Besuch klar sein soll, was zu tun ist (84%) (Scharitzer et al. 2016).

Diesen Erwartungen steht die Entwicklung gegenüber, dass die Anzahl der Fälle pro FachärztIn über die letzten Jahre hinweg in Österreich stetig angestiegen ist. In Abbildung 4 sind die Fallzahlen pro Ordination über den Zeitraum 2012-2016 nach Fachgruppe dargestellt – in beinahe allen Fachgruppen ist ein Anstieg sichtbar. Neben der Anzahl der Fälle beeinflussen noch weitere Faktoren die pro PatientIn zur Verfügung stehende Zeit, wie u.a. Öffnungszeiten, Effizienz von Arbeitsabläufen,

Einsatz von Technologie und Aufgabenverteilung innerhalb des Ordinationspersonals. Des Weiteren ist zu beachten, dass die dargestellte Entwicklung sich auf Ordinationen und nicht einzelne ÄrztInnen bezieht – eine steigende Anzahl an Gruppenpraxen könnte sich hier somit ebenfalls ausgewirkt haben. Nichtsdestotrotz ist angesichts der dargestellten Entwicklung zu befürchten, dass FachärztInnen heute weniger Zeit pro PatientIn zur Verfügung steht als vor zehn Jahren.

Abbildung 4: Fälle pro abrechnender Facharztordination 2012-2016



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017a); Darstellung: IHS (2018)

Etwas mehr als zwei Drittel der Befragten (68%) in der Bevölkerungsbefragung 2016 bewerteten die Zeitdauer für das Arzt-Patienten-Gespräch anhand ihrer Erfahrungen jedoch als gut bis sehr gut. Insgesamt wurde für diesen Aspekt eine Durchschnittsnote von 2,12 vergeben (Scharitzer et al. 2016). Ein Vergleich über die Zeit kann anhand der vorliegenden Daten nicht vorgenommen werden. Weiters wurde in der Befragung nicht zwischen Haus- und FachärztInnen differenziert.

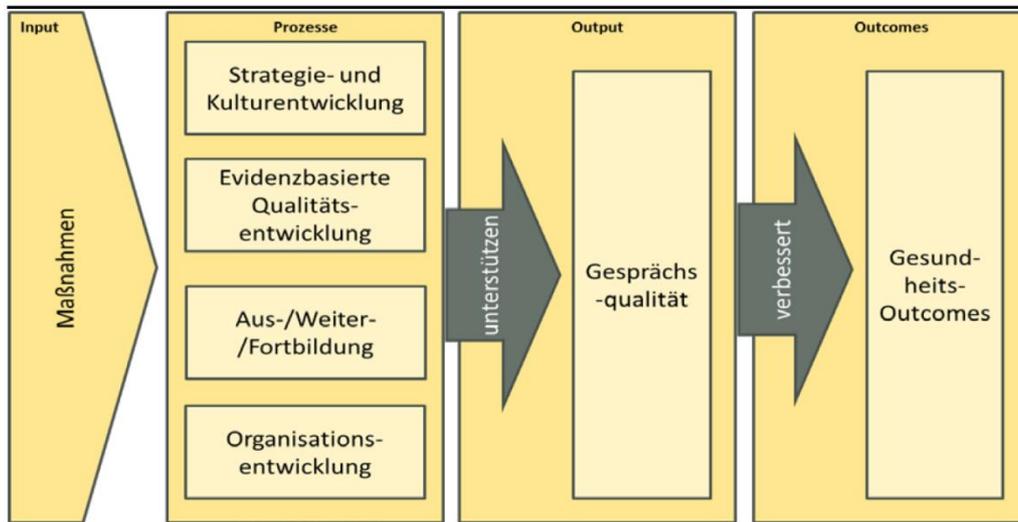
In einer qualitativen Studie von Riffer und Schenk (2015) wird eine solche Unterscheidung sehr wohl getroffen. Im Rahmen dieser Studie wurden

Armutsbetroffene mittels Fokusgruppen zu ihren Erfahrungen im Gesundheitswesen befragt. Aus den Fokusgruppen ergab sich, dass bzgl. der bei HausärztInnen zur Verfügung stehenden Zeit relativ hohe Zufriedenheit herrscht, während bei FachärztInnen (und dabei insbesondere bei KassenärztInnen) ein eklatanter Mangel an Zeit wahrgenommen wird (Riffer und Schenk 2015).

Gute Gesprächsqualität kann darüber hinaus durch sprachliche Barrieren erschwert bzw. verhindert werden. So gibt es im niedergelassenen Bereich im Vergleich zu Spitälern weniger Personal, das potenziell für Dolmetschdienste herangezogen werden kann. Es ist u.a. auf diese Sprachbarrieren zurückzuführen, dass MigrantInnen seltener niedergelassene FachärztInnen konsultieren und stattdessen vermehrt Spitalsambulanzen aufsuchen (Anzenberger et al. 2015). Aber auch für gehörlose bzw. gehörgeschädigte PatientInnen, die auf Gebärdensprache angewiesen sind, stellt die sprachliche Barriere im niedergelassenen Bereich ein Problem dar.

Im Rahmen der „Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur“ wurde die Verbesserung der Gesprächsqualität von der Bundeszielsteuerungskommission als erklärtes Ziel festgelegt. Dies soll als eine von mehreren Maßnahmen dabei helfen das Gesundheitsziel 3, nämlich „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ (bzw. das analog lautende operative Ziel 10 im Bundeszielsteuerungsvertrag), zu erreichen. Zu diesem Zweck soll – wie in Abbildung 5 illustriert – an vier Handlungsfeldern angesetzt werden, nämlich Strategie- und Kulturentwicklung, evidenzbasierte Qualitätsentwicklung, Aus-/Weiter-/Fortbildung sowie Organisationsentwicklung (BMGF 2016). Die **Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz** (ÖPGK), die zur nationalen Koordination im Hinblick auf Gesundheitsziel 3 geschaffen wurde, hat dazu im Jahr 2017 das **Netzwerk Gesprächsqualität** eingerichtet, das sich aus ca. 60 ExpertInnen und UmsetzerInnen zusammensetzt und auf Basis von Erfahrungsaustausch die Umsetzung von Maßnahmen vorantreiben soll.

Abbildung 5: Wirkkette zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung



Quelle: BMGF (2016)

4.1.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung

Auch die im Zuge der Interviews und Fokusgruppen befragten chronisch kranken PatientInnen gaben an, dass aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen die Arzt-Patienten-Kommunikation im extramuralen fachärztlichen Bereich hinsichtlich diverser Aspekte verbesserungswürdig ist. So wurde bspw. bemängelt, dass Sachverhalte nicht ausreichend bzw. zu wenig verständlich erklärt werden, u.a. aufgrund der mangelnden zur Verfügung stehenden Zeit:

„Generell redens schon lateinisch, ich frag halt nach, weil ich keine Scheu hab.“
(PatientIn)

„Sicher soll man nachfragen, aber wenn man normal reingeht, dann hast keine Zeit zum Fragen, dann bist schon wieder draußen.“ (PatientIn)

„Ich glaub, teilweise für den Arzt ist das selbstverständlich, weil der hat das schon 1.000-mal erklärt.“ (PatientIn)

„Meine Mutter kommt raus und fragt mich: ‚Kannst du mir das googeln?‘“
(PatientIn)

„Es ist keine Zeit eigentlich. Der Arzt sagt klipp und klar: ‚Dafür ist keine Zeit, für Erklärungen.‘“ (PatientIn)

Auch von Seiten der Stakeholder wurde der Zeitmangel in der Versorgung thematisiert. Ein/e VertreterIn einer Selbsthilfegruppe sieht die Begründung dafür in der Vergütung der ÄrztInnen, in der das Gespräch nicht ausreichend berücksichtigt sei:

„Niedergelassene Ärzte werden für viele Leistungen zu wenig bezahlt, vor allem für das ärztliche Gespräch. Die intellektuelle Tätigkeit des Arztes muss in der Verrechnung in den Vordergrund geschoben werden. Die Erklärung und Beratung zu Medikamenten und Behandlung ist essentiell, aber wird nicht vergütet.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

Des Weiteren wurde bemängelt, dass in der Arzt-Patienten-Kommunikation noch zu wenig auf patientInnenzentrierte Elemente, wie bspw. gemeinsame Zielsetzung, gesetzt wird:

„Motivation, Compliance des Patienten stärken durch kurzfristige Ziele, gemeinsam mit Patienten festlegen. Wird zurzeit noch viel zu wenig gemacht.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

Ein/e VertreterIn der Ärztekammer thematisierte eine Herausforderung für ÄrztInnen im Kontext der Arzt-Patienten-Gesprächs, die neben HausärztInnen auch FachärztInnen betrifft: Manche PatientInnen besuchen die Praxis nicht ausschließlich aufgrund eines gesundheitlichen Problems, sondern aufgrund eines Bedürfnisses nach psychosozialer Unterstützung. Diese Problematik gilt es ebenfalls zu lösen, um eine effiziente Versorgung für alle PatientInnen sicherstellen zu können:

„Nicht immer geht es darum, dass der Arzt sich zu wenig Zeit nimmt. Oft suchen Patienten sozialen Kontakt, der Arzt weiß jedoch nach drei essenziellen Fragen, wo das wahre Problem liegt.“ (ÄrztkekammervorteilerIn)

Wie bereits die Literaturrecherche zeigte, stellt die sprachliche Barriere eine wichtige Hürde in einer effektiven Arzt-Patienten-Kommunikation dar. Besonders im niedergelassenen Bereich ist die Kommunikation für Personen mit nichtdeutscher Muttersprache oft schwierig. In diesem Kontext merkte ein/e VertreterIn der PatientInnenanwaltschaft an, dass MigrantInnen die Folgen von Kommunikationsproblemen schwer einschätzen können und daher in der Regel diesbezüglich keine Beschwerde einlegen:

„Konsequenzen von schlechter Kommunikation treffen nur den Einzelnen, z.B. Migrant, der beschwert sich dann nicht in gewissem Ausmaß, beschwert sich eher bei Verdacht auf Behandlungsfehler, jedoch nicht über eine Verzögerung der Behandlungsdauer durch schlechte Kommunikation. Dies ist nämlich für den Patient schwer abschätzbar. Weiters ist es schwer nachweisbar, dass Kommunikation das Problem war.“ (PatientInnenanwaltschaft)

Auch die Vergütung des ärztlichen Gesprächs wurde im Rahmen der Interviews thematisiert. Ein/e VertreterIn der Ärztekammer kritisierte, dass die Vergütung von Beratung/Kommunikation im Hinblick auf PatientInnen mit erhöhtem Bedarf suboptimal sei, da der erhöhte Zeitaufwand nicht bzw. zu wenig berücksichtigt wird:

„Ärzte, die einen großen Migrantenanteil unter ihren Patienten haben, haben einen langsameren Patientendurchlauf, da die Kommunikation so viel mehr Zeit mit jener Gruppe abverlangt. Dies ist jedoch in keinerlei Weise in einem Tarif festgehalten.“ (ÄrztkeammervorteuererIn)

Die ExpertInnen in den durchgeführten Interviews waren sich darüber hinaus einig, dass FachärztInnen Unterstützung in der Kommunikation benötigen würden. In Bezug auf Lösungsoptionen sprach ein/e ÄrztekammervorteuererIn bspw. Informationsblätter für PatientInnen an:

„Schriftliche Information ist hilfreich, z.B. bei der Vorsorgeuntersuchung hat man dies umgesetzt. Abgeleitet von den Testergebnissen werden gerichtete Handlungsempfehlungen generiert, jene werden dem Patienten als Informationsblatt mitgegeben.“ (ÄrztkeammervorteuererIn)

4.1.3 Internationale Lösungsoptionen

International wird die Wichtigkeit von guter Kommunikation schon länger thematisiert. So gibt es Forschungsarbeiten, die sich damit beschäftigen, die Arzt-Patienten-Kommunikation zu erfassen (Butalid 2014; Bensing et al. 2003; McCluskey et al. 2011), während andere versuchen, effektive Methoden zu identifizieren, die die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern können (Curtis et al 2013; Brundage et al. 2010; Van den Eertwegh et al. 2014).

Kommunikationstraining für Gesundheitsberufe wird bspw. als effektive Maßnahme gesehen. Chant et al. (2002) gibt, unterteilt nach der Qualität des Forschungsdesigns der jeweiligen Studie, eine Übersicht über Elemente von Kommunikationstraining, die nachweisbar einen positiven Effekt auf die Kommunikation haben. In Tabelle 4 sind diese Elemente angeführt.

Tabelle 4: Elemente von Kommunikationstraining mit einem positiven Effekt auf Kommunikation im Gesundheitswesen

Positive Ergebnisse in Studien mit fundierter Methodik oder Verifizierung in anderen Studien
<ul style="list-style-type: none"> • allgemeines Kommunikationstraining (Evans et al. 1992; Reynolds 1996; Salo-Chydenius 1996, Cegala et al 2000a,b; Greco et al 1998) • audiovisuelle Hilfen (Caris-Verhallen et al. 2000) • simulierte PatientInnen (Ladyshevsky & Gotjamanos 1997; Festa et al. 2000) • diskriminierungsfreies Lernen (Williams-Burgess et al. 1993) • Schulungen zu fachgemäßer Hilfeleistung und Coping-Mechanismen (De Lucio et al. 2000) • Entwicklung von Befragungskompetenzen (Klein et al. 2000) • Beurteilung durch eine Inhaltsanalyse von Essays (Reynolds 1996) • Kompetenzen in der Entwicklung von Beziehungen (McCallion et al. 1999; Hordern 2006; Shaw et al. 2000a,b) • Experimentelle Methoden und Fähigkeiten einschließlich Rollenspiel und Empathie (Paxton et al. 1988; Burnard 1995; Smoot & Gonzales 1995; Yates et al. 1998; Keen 1999; Razavi et al. 2000; Reynolds et al. 2000)
Positive Ergebnisse, aber unzureichendes Forschungsdesign und/oder Fehlen von bekräftigenden Erkenntnissen
<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von Transaktionsanalyse im Zuge der Ausbildung (Bailey & Baillie 1996) • Lernkarten (Banks 1996) • Schauspielworkshop (Riseborough 1993) • Multidisziplinäres Lernen (Freeth & Nicol 1998) • Problemorientierte Workshops (Parle et al. 1997)
Uneinheitliche oder unbestimmte Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit sensiblen Themen einschließlich Sexualität (O’Gorman et al. 1997) • Teamteaching-Konzept (Minardi & Riley 1991) • Mentorenschaft (Wilson-Barnett et al. 1995) • Abdeckung der Bedürfnisse der PatientInnen und Reduzierung von abblockendem Verhalten (Evans et al. 1992; Booth et al. 1996, 1999; Heaven 1996; Heaven & Maguire 1996; Baile et al. 1999)

Quelle: Chant et al. (2002); Darstellung: McCluskey et al. (2011) bzw. IHS (2018)

In **Deutschland** wird vermehrt die sogenannte „sprechende Medizin“, in der die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn im Mittelpunkt steht, propagiert. Die Techniker Krankenkasse ließ im Februar 2017 vom Meinungsforschungsinstitut Forsa eine Befragung von 2.000 Erwachsenen zum Gesundheitssystem in Deutschland durchführen. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass nahezu alle Befragten (98%) von ÄrztInnen erwarten, sie über Vor- und Nachteile der Behandlungsmethode zu informieren (Wohlers et al. 2017). Nachdem dies bisher noch unzureichend passiert, will die Techniker Krankenkasse die Arzt-Patienten-Kommunikation nun im Praxisalltag stärken. Dafür sollen Vergütungsanreize für die Entlastung der ÄrztInnen geschaffen sowie die Telemedizin ausgebaut werden. Zudem sollen Aufgaben zwischen medizinischen Berufsgruppen effizienter verteilt werden und die Vergütung des zusätzlichen Zeitaufwandes, der durch die sprechende Medizin entsteht, an Qualitätsindikatoren geknüpft werden (Die Techniker 2017). Eine entsprechende

Anpassung der Vergütungsstruktur zur Stärkung der sprechenden Medizin soll 2019 in Deutschland auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung stattfinden (vgl. Kapitel 4.7.1).

In **England** wird für 2.000 ÄrztInnen und Krankenpflegefachkräfte ein zweitägiger, vom NHS finanzierter Trainingskurs angeboten, der im Zuge der ehemaligen nationalen Kampagne „*Hello my name is*“ (<https://hellomynameis.org.uk/>) entwickelt wurde. Die Kampagne zielte darauf ab, das NHS-Personal zu motivieren, sich bei ihren PatientInnen vorzustellen und diese als Individuen zu behandeln, um so die PatientInnenzentriertheit der Versorgung zu fördern (Morris 2016). Im Rahmen des Trainings werden ÄrztInnen darin geschult, Beratungen durchzuführen, „schwierige Gespräche“ konstruktiv zu führen, die zentralen Probleme ihrer PatientInnen zu identifizieren und auf die individuelle Motivation der PatientInnen einzugehen. Nach einer erfolgreichen Pilot-Phase soll das Training nun ausgeweitet werden.

Des Weiteren gibt es in England verschiedene Angebote für ÄrztInnen für ein- oder mehrtägige Kommunikationskurse (siehe Anhang 3), in denen Themen wie das Cambridge-Calgary Model für klinische Kommunikation, Barrieren der Kommunikation oder das SPIKES-Sechs-Schritte-Protokoll für die Übermittlung von schlechten Nachrichten vermittelt werden. Wissenschaftliche Evaluationen zeigen, dass derartige Trainings positive Effekte in Bezug auf die Kommunikationsfähigkeiten von ÄrztInnen zeigen können (Moore et al. 2013, Fallowfield et al. 2002).

In den **Niederlanden** werden nicht nur allgemeine Kommunikationstrainings für ÄrztInnen durchgeführt, sondern es wird auch an Methoden geforscht, um spezielle Fälle besser behandeln zu können. Am Universitätskrankenhaus ErasmusMC in Rotterdam wurde ein erfolgreiches Kommunikationstraining für FachärztInnen entwickelt, um speziell mit PatientInnen mit unerklärlichen körperlichen Beschwerden zu kommunizieren. Diese gehören zu den fünf teuersten Diagnose-Kategorien, da zur Abklärung oft die Durchführung einer Vielzahl an Tests und Untersuchungen erforderlich ist. Die PatientInnen fühlen sich infolgedessen oft unverstanden, weswegen die ErasmusMC das Kommunikationstraining entwickelt hat. Im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluierung konnten positive Effekte des Trainings nachgewiesen werden. (Weiland et al. 2015)

Darüber hinaus wurden in den Niederlanden diverse Initiativen gestartet, um die PatientInnen selbst in der Kommunikation zu stärken. So zielt z.B. eine Initiative darauf ab, die kurze Zeit bei ÄrztInnen effektiver zu nützen, indem über die Online-Plattform *Maex* der Service „*Mee naar de specialist*“ (dt.: „Mit zum Spezialisten“) angeboten wird. Dabei werden die PatientInnen von Freiwilligen zu Terminen bei AllgemeinmedizinerInnen und/oder FachärztInnen begleitet. Vor dem Termin wird ein

Treffen mit der/dem Freiwilligen geplant, bei dem besprochen wird, welche Probleme und Anliegen die/der PatientIn hat, was mit der/dem ÄrztIn besprochen werden soll und wie dies am besten formuliert werden soll. Die/der Freiwillige begleitet die/den PatientIn auch beim Arztbesuch, anschließend wird in einfacher Sprache das Gespräch noch einmal zusammengefasst und Empfehlungen sowie die Einnahme von verschriebenen Medikamenten besprochen. Laut der Organisation nehmen rund 200 PatientInnen pro Jahr diesen Service in Anspruch (Maex 2017).

Eine Möglichkeit, um Gesprächsqualität bzw. PatientInnenerfahrung im Allgemeinen zu messen und transparent zu kommunizieren, sind *patient reported experience measures* (PREMs). Solche Maßzahlen zur Versorgungserfahrung, die mittels Befragungen erhoben werden, kommen international bereits vermehrt zum Einsatz. Weiterführende Informationen zur Verwendung von PREMs und deren Äquivalent in Bezug auf Versorgungsergebnisse (*patient reported outcome measures*, PROMs) finden sich in Kapitel 4.3.3.

Zusammenfassende Betrachtung & Implikationen

Dieses Kapitel befasste sich mit dem Aspekt Gesprächsqualität zwischen ÄrztIn und PatientIn im extramuralen fachärztlichen Bereich. Das ärztliche Gespräch hat wesentliche Bedeutung für die Effektivität und Effizienz der Behandlung, da richtige Anhaltspunkte für Diagnose und Therapie für das ärztliche Personal, aber auch die Befolgung ärztlicher Anweisungen und Therapieadhärenz davon abhängig sind. Die Literatur zeigt in Bezug auf gute Arzt-Patienten-Kommunikation wesentliche Defizite in Österreich auf. Im internationalen Vergleich zeigt Österreich wesentlich niedrigere Gesundheitskompetenz auf als andere Länder, v.a. bei Fragen bezüglich des Verständnisses der Information während des Arzt-Patienten-Gesprächs. Hinzu kommen bei einzelnen Gruppen sprachliche Barrieren, wie etwa bei Personen mit nichtdeutscher Muttersprache, aber auch gehörlose und hörgeschädigte Personen sind betroffen.

International lässt sich beobachten, dass vermehrt Kommunikationstrainings für ÄrztInnen angeboten werden. In Deutschland ist zudem eine Anpassung der Vergütungsstruktur geplant, um das Arzt-Patienten-Gespräch finanziell aufzuwerten.

Die folgenden Empfehlungen können für die Forschung und Politik gemacht werden:

Implikationen für die Forschung:

- *Es wäre hilfreich zu erforschen, welche Anreize und Rahmenbedingungen geeignet sind, um die Gesprächsqualität in Österreich zu verbessern.*
- *Die Nachteile, die aus einer mangelhaften Gesprächsführung resultieren, sollten zum Zwecke der Bewusstseinsbildung und Kosten-Nutzen-Abwägung*

von Maßnahmen evaluiert werden.

- *Es sollte untersucht werden, wie sich finanzielle Anreize auf die Gesprächsqualität auswirken.*

Implikationen für die Politik und EntscheidungsträgerInnen:

- *Kommunikationstraining sollte in der Ausbildung von ÄrztInnen einen höheren Stellenwert erhalten.*
- *Verpflichtende Kommunikationstrainings im Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP-Diplom) könnten implementiert werden.*
- *Es ist zu empfehlen, die Qualität der Kommunikation als Qualitätskriterium in die Gesamtverträge aufzunehmen (u.a. für Signalwirkung) und zu evaluieren, z.B. durch*
 - *Nachweis an teilgenommenen Kommunikationstrainings*
 - *Qualitätsevaluierung in Form von Mystery Shopping*
 - *Nützung von PREMs als systematisches PatientInnenfeedback*
- *Im Gegenzug kann im Leistungskatalog die Vergütung von „Sprechender Medizin“ evaluiert und angepasst werden.*
- *Ausbau und strukturierte Finanzierung von nicht-medizinischer Unterstützung (wie z.B. psychosoziale Beratung, Ernährungsberatung, Selbsthilfegruppen) zur Entlastung des primären Gesundheitssystems bzw. Überweisungsmöglichkeiten an SozialarbeiterInnen bzw. Besuchsdienste, wenn häufige Arztbesuche aus „sozialer Indikation“ erfolgen. So könnte der Aufgabenbereich von ÄrztInnen entlastet werden.*

4.2 Medikamentenverschreibung

Angesichts der steigenden Prävalenz von Multimorbidität sind auch immer mehr Personen auf die gleichzeitige Einnahme von mehreren Medikamenten angewiesen. Polypharmazie, wie dieser Umstand genannt wird, stellt aber nicht nur eine Herausforderung für die Betroffenen, sondern auch für die verschreibenden ÄrztInnen dar.

Die angemessene Verschreibung von Medikamenten ist essenziell für den Therapieerfolg und somit ein ausschlaggebender Faktor für die Effektivität der

Versorgung. Besonders bedeutend ist die Medikamentenverschreibung auch für eine weitere Qualitätsdimension, nämlich die PatientInnensicherheit. Dies gilt insbesondere im Falle von Polypharmazie, da Wechselwirkungen zwischen Medikamenten erhebliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Weiters steht die Medikamentenverschreibung in Verbindung mit der Effizienz der Versorgung: Unnötige Verschreibungen generieren Kosten für das System, während effektive Verschreibung dazu beitragen kann Kosten etwaiger weiterer Behandlungen (z.B. Krankenhausaufnahmen) zu vermeiden.

4.2.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen

Mann et al. (2014) untersuchten in einer österreichweiten Prävalenzstudie die Verbreitung von potenziell inadäquater Medikation (*potentially inappropriate medication*, PIM) unter älteren Personen. Zu diesem Zweck wurden die Abrechnungsdaten aller Sozialversicherungsträger für Versicherte über 70 Jahre im Jahr 2012 analysiert. Insgesamt wurden somit mehr als 1,1 Mio. Personen in die Analyse miteinbezogen. Zur Identifikation von PIM wurde die zuvor veröffentlichte 73 Wirkstoffe umfassende PIM-Liste für Österreich herangezogen (Mann et al. 2012).

Bei 52,4% der betrachteten Versicherten wurde mind. ein PIM-Präparat verschrieben. Bei Frauen war der Anteil mit 56,9% etwas höher als bei Männern mit 45,8%. Bei Personen mit Rezeptgebührenbefreiung lag der Anteil mit über 70% noch deutlich höher. Am häufigsten wurden die drei PIM-Gruppen nicht-steroidale Antirheumatika (28,9%), Vasodilatoren (16,0%) und Psychotropika (12,5%) verordnet. Die drei am häufigsten verordneten Einzelwirkstoffe waren Diclofenac (18,3%), Ginkgo biloba (12,5%) und Tramadol (8,9%) (Mann et al. 2014). Aktuellere Daten, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erfasst wurden, deuten jedoch auf einen Rückgang der PIM-Prävalenz hin – der Anteil der über 70-Jährigen mit PIM-Verschreibung lag demnach 2017 nur mehr bei 40% (Bachner et al. 2018).

Die Verschreibung von potenziell inadäquater Medikation ist in Österreich jedoch – v.a. unter älteren Personen – nach wie vor weit verbreitet. Nicht untersucht wurde in der genannten Studie, wie sich die PIM-Verordnungen auf AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen verteilen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Problematik in beiden Bereichen besteht.

Ein besonders hohes Risiko birgt, wie bereits erwähnt, die gleichzeitige Einnahme von mehreren Präparaten. In Österreich liegen für etwa ein Viertel (27%) der Personen über 60 Jahre laut Auswertungen von Sozialversicherungsdaten mehr als fünf Wirkstoffverordnungen gleichzeitig vor – bei 7% sind es sogar mehr als zehn Wirkstoffe gleichzeitig (Zuba und Antony 2016). Zusätzlich eingenommene nicht

verschreibungspflichtige Medikamente erhöhen das Risiko von Wechselwirkungen noch weiter.

Um den Risiken der Polypharmazie entgegenzuwirken, startete der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Jahr 2014 die Informationskampagne „Vorsicht Wechselwirkung!“.¹ Im Rahmen dieser Kampagne wurden ein Informationsfolder und ein Arbeitsbehelf für ÄrztInnen sowie ein Informationsfolder für PatientInnen erstellt. Weiters ist die Verringerung der Prävalenz von Polypharmazie sowie potenziell inadäquater Medikation bei Älteren durch gezielten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie im Zielsteuerungsvertrag 2017-2021 enthalten (vgl. Kapitel 4.7.2).

Der potenziellen Überversorgung mit Medikamenten im Kontext von Polypharmazie steht das Problem der Unterversorgung gegenüber. In einer Studie, die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegeben wurde, stellten Winkelmayr et al. (2008) fest, dass ein Viertel der österreichischen HerzinfarktpatientInnen nicht in ausreichendem Maße mit den in evidenzbasierten Leitlinien vorgesehenen Medikamenten versorgt wird. Empfohlen wäre die Verschreibung von Betablockern, Statinen und ACE-Hemmern – 9% der betroffenen PatientInnen erhielten jedoch keine dieser Wirkstoffklassen, weitere 16% nur eine. Auf Unterversorgung in einem allgemeineren Kontext wird in Kapitel 4.5 eingegangen.

Eine neue Entwicklung im Bereich der Medikamentenverschreibung bringt die **e-Medikation** mit sich, die bis September 2019 schrittweise in ganz Österreich eingeführt werden soll. Dabei handelt es sich um eine neue Funktion der elektronischen Gesundheitsakte ELGA, die es ermöglicht, Medikationsdaten für verordnete Medikamente zu speichern und so für andere Gesundheitsdiensteanbieter einsehbar zu machen. Die Daten werden als e-Medikationsliste für ein Jahr gespeichert. Verpflichtet zur Speicherung von Daten sind neben niedergelassenen VertragsärztInnen der Allgemeinmedizin und diverser Fachgebiete auch Apotheken und selbständige Ambulatorien.

4.2.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung

Probleme in der extramuralen fachärztlichen Versorgung in Bezug auf Medikamentenverschreibung wurden v.a. in den PatientInnen-Fokusgruppen besprochen. Die PatientInnen machten die Erfahrung, dass FachärztInnen mitunter nicht nachfragen, welche Medikamente PatientInnen bereits einnehmen, wenn sie neue Medikamente verschreiben:

¹ Siehe <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.764248>.

„Ich nehm ein Blutverdünnungsmittel. Dann bekomm ich etwas, dann seh ich beim Beipackzettel, dass ich das gar nicht miteinander nehmen darf.“
(PatientIn)

„Wenn ich zu irgendeinem Facharzt gehe, der fragt mich nicht, was ich nehme.“
(PatientIn)

„Der eine weiß nicht, was der andere verschrieben hat, das ist ja das Problem.“
(PatientIn)

Des Weiteren bemängelten die PatientInnen, dass sie oft wenig Information zur Einnahme des Medikaments erhalten, weswegen sie in weiterer Folge in der Apotheke nach Rat suchen:

„Mir ist das nicht klar oft, wie lang ich etwas nehmen soll, dann frag ich in der Apotheke.“ (PatientIn)

„Oft sagt einem der Arzt nicht viel zum verschriebenen Medikament. Aber spätestens die Apothekerin oder Beipackzettel sagt es einem. Aber den will man nicht lesen, wegen den ganzen Nebenwirkungen.“ (PatientIn)

4.2.3 Internationale Lösungsoptionen

Die kritische Prüfung und Bewertung der bereits vorhandenen Medikation sollte bei der Verschreibungsentscheidung ein zentraler Bestandteil sein. Leitfäden, wie etwa der *Medication Appropriateness Index* (MAI), der auch Teil des oben erwähnten in **Österreich** verwendeten Arbeitsbehelfes für ÄrztInnen ist, können dabei unterstützend wirken. Die vierzehn Fragen des MAI sollen dabei helfen, die Therapiequalität zu steigern sowie die Anwendungssicherheit zu erhöhen. Dabei wird u.a. gefragt nach der Indikation, Anwendungssicherheit, potenziellen Interaktionen und der Wirtschaftlichkeit. In Abbildung 6 sind die Fragen angeführt (Hanlon et al. 2013).

Abbildung 6: Medication Appropriateness Index (MAI)

Indikation	Gibt es eine Indikation für das Medikament?	Ja	Nein
Evidenz	Ist das Medikament wirksam für die Indikation und Patientengruppe?	Ja	Nein
Dosierung	Stimmt die Dosierung?	Ja	Nein
Anwendungssicherheit	Sind die Einnahmевorschriften korrekt? (Applikationsmodus, Einnahmefrequenz, Einnahmezeit, Relation zu den Mahlzeiten)	Ja	Nein
Medikamenteninteraktion	Gibt es klinisch relevante Interaktionen zu anderen Medikamenten?	Ja	Nein
Krankheitsinteraktion, Nebenwirkung	Gibt es klinisch relevante Interaktionen zu anderen Krankheiten/Zuständen?	Ja	Nein
Doppelverordnung	Wurden unnötige Doppelverschreibungen vermieden?	Ja	Nein
Therapiedauer	Ist die Dauer der medikamentösen Therapie adäquat? (Seit wann verordnet?)	Ja	Nein
Wirtschaftlichkeit	Wurde die kostengünstigste Alternative vergleichbarer Präparate ausgewählt?	Ja	Nein
ZUSÄTZLICH IST ZU HINTERFRAGEN:			
Unterversorgung	Wird jede behandlungsbedürftige Indikation therapiert?	Ja	Nein
Einnahmeplan	Liegt ein aktueller schriftlicher Einnahmeplan vor?	Ja	Nein
Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	Ist die Nierenfunktion bekannt?	Ja	Nein
Adhärenz und Compliance	Ist die Therapietreue gewährleistet?	Ja	Nein

Quelle: Wiener Gebietskrankenkasse (2014)

Ähnlich dazu hat in **Schottland** das NHS Scotland gemeinsam mit der schottischen Regierung die sogenannte **PolyPharmacy Guidance**-Richtlinie erarbeitet, deren sieben Schritte zu einer sicheren Verschreibung von mehreren Medikamenten führen sollen. Dabei wird im Sinne der PatientInnenzentriertheit auch auf die Präferenzen und individuellen Umstände der/des PatientIn eingegangen. Die sieben Schritte sind die folgenden:¹

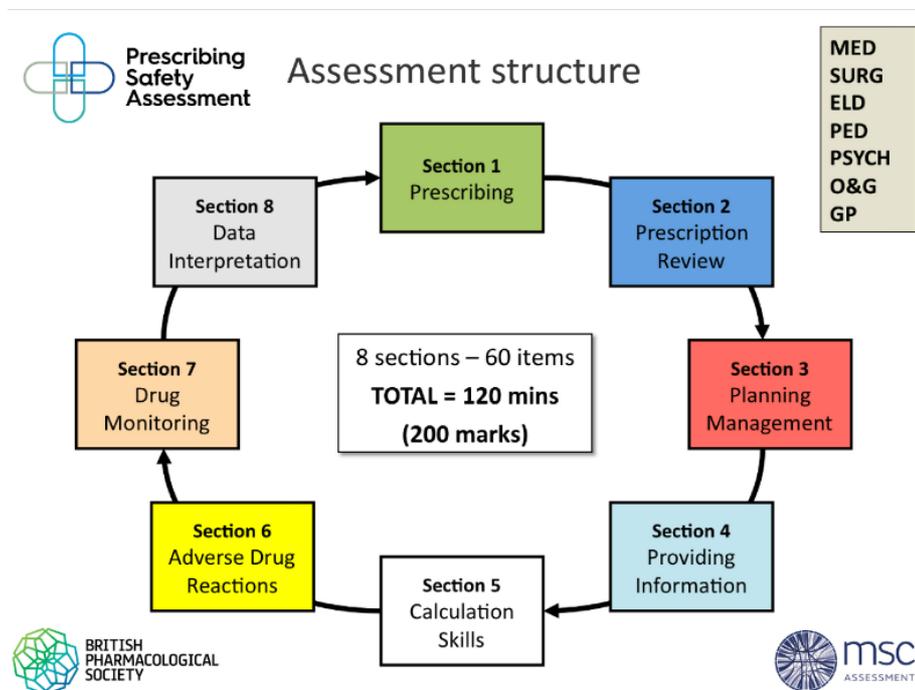
1. Was ist der/dem PatientIn wichtig?

¹ Siehe <http://www.polypharmacy.scot.nhs.uk/polypharmacy-guidance-medicines-review/for-healthcare-professionals/7-steps/>.

2. Identifizieren von unentbehrlicher Medikation
3. Nimmt die/der PatientIn unnötige Medikamente ein?
4. Werden die therapeutischen Ziele erreicht?
5. Besteht das Risiko von unerwünschten Wirkungen bzw. liegen bereits unerwünschte Wirkungen vor?
6. Ist die Medikation kosteneffektiv?
7. Ist die/der PatientIn bereit und in der Lage die Medikation wie vorgesehen anzuwenden?

In **England** zeigten Erhebungen, dass circa 9% der Medikamentenverschreibungen fehlerhaft sind (General Medical Council 2009). Angesichts dieses Umstands entwickelte die *British Pharmacological Society* (BPS) gemeinsam mit den medizinischen Universitäten das sogenannte *Prescribing Safety Assessment* (PSA). Dabei handelt es sich um einen Test, der die Kompetenzen, das Urteilsvermögen und das Wissen bezogen auf das Verschreiben von Medikamenten bewertet. Dabei werden acht Teilbereiche abgedeckt, die in Abbildung 7 dargestellt sind.

Abbildung 7: Struktur des PSA-Tests



Quelle: British Pharmacological Society (2018)

Seit dem Jahr 2016 sind alle Medizinstudierenden im Vereinigten Königreich dazu verpflichtet, das PSA zu absolvieren. Es stößt auf positives Feedback von Seiten der Studierenden, die die Onlineplattform als handliche Lernumgebung wahrnehmen und sich nach dem Absolvieren des PSA deutlich sicherer beim Verschreiben von Medikamenten fühlen. Mittlerweile gibt es auch Überlegungen seitens der Fakultäten für Pharmazie, das PSA für herangehende PharmazeutInnen zu adaptieren. (British Pharmacological Society 2018)

Weiters entwickelt die British Pharmacological Society gerade den sogenannten *Prescribing simulator*, ein Online-Trainingsinstrument für ÄrztInnen, in welchem klinische Szenarien präsentiert werden, die eine Verschreibung von Medikamenten erfordern. Die/der NutzerIn muss eine Medikamentenverschreibung in ein Verschreibungsformular eintragen und erhält anschließend Feedback bzgl. der Adäquanz der Verschreibung. Der *Prescribing simulator* ist dabei nicht nur für ÄrztInnen in Ausbildung gedacht, sondern soll auch als Trainingsinstrument für bereits praktizierende ÄrztInnen dienen.

Eine bedeutende Rolle in der Aufklärung und Beratung in Bezug auf Medikamente kommt in England jedoch auch den Apotheken zu. Zwar liegt die Verantwortung für die Verschreibung von Medikamenten nach wie vor bei den (Fach-)ÄrztInnen, jedoch werden diese im Bereich der Beratung entlastet. Apotheken bieten bspw. seit 2011 den sogenannten *New Medicine Service* für PatientInnen mit einer Erstverschreibung bestimmter Medikamente bei Asthma, COPD, Diabetes Typ II oder Bluthochdruck bzw. von Blutverdünnern. Das Ziel dieses kostenfreien Angebotes des NHS ist es, die richtige Einnahme von Medikamenten zu garantieren und offene Fragen zu Nebenwirkungen zu klären. Insgesamt umfasst der Service bis zu drei Termine zu je 10-15 Minuten. Beim ersten Termin kann die/der PatientIn allgemeine Fragen zu den Medikamenten stellen (bspw. zu Nebenwirkungen). Beim zweiten Termin, der zwei Wochen später stattfindet, werden erste Erfahrungen mit dem Medikament mit der/dem ApothekerIn besprochen. Wiederum zwei Wochen später ist ein abschließender dritter Termin vorgesehen. Um angemessene Privatsphäre sicherzustellen, müssen teilnehmende Apotheken einen abgetrennten Raum für die Konsultationen zur Verfügung stellen. Im Jahr 2013 wurde der New Medicine Service evaluiert. Die Evaluierung ergab, dass der Anteil der adhärennten PatientInnen mit 71% signifikant höher lag als bei jenen, die den Service nicht in Anspruch nahmen – hier betrug der Anteil 61% (Elliott et al. 2015).

Darüber hinaus bieten Apotheken sogenannte *Medicines Use Reviews (MURs)* an. Dabei handelt es sich um Beratungen für bestimmte Zielgruppen von PatientInnen, die darauf abzielen, die Therapietreue und Einnahmeerfahrung zu verbessern, eine hohe Effektivität der Therapie sicherzustellen sowie Medikamentenabfälle zu reduzieren. Das MUR kann entweder routinemäßig stattfinden oder dadurch ausgelöst werden,

dass Adhärenzprobleme offensichtlich werden, bspw. weil ein/e PatientIn zu selten Medikamente abholen. In letzterem Fall spricht man von einem *Prescription Intervention Service* bzw. einem *Intervention MUR*. Mindestens 70% der MURs einer Apotheke müssen bei PatientInnen stattfinden, die zumindest eine der folgenden Bedingungen erfüllen:

- Einnahme bestimmter Hochrisikomedikamente (definiert in nationaler Liste)
- Kürzlich aus dem Spital entlassen mit geänderten Verschreibungen
- Diagnostizierte Atemwegserkrankung (z.B. Asthma, COPD)
- Diagnostizierte kardiovaskuläre Erkrankung (oder entsprechende Risikofaktoren) und mind. vier Verschreibungen

PatientInnen werden zuerst mit Hilfe eines **Informationsschreibens** auf den Termin vorbereitet. Während der Konsultation werden die bisherige Erfahrung bzw. etwaige Probleme oder Fehler bei der Einnahme der Medikamente besprochen. Auch auf Nebenwirkungen und potenzielle Interaktionen wird eingegangen. Zu diesem Zweck werden alle von der/dem PatientIn eingenommenen Medikamente analysiert – auch solche, die nicht verschreibungspflichtig sind. Die Beratung kann z.B. folgende Leistungen beinhalten (PSNC/NHS Employers 2013; Auszug):

- Beratung zur richtigen Einnahme (z.B. Darreichungsform, Reihenfolge der Einnahme)
- Anwendung von Medikamenten, die „bei Bedarf“ eingenommen werden sollen
- Beratung zu Nebenwirkungen
- Umgang mit Medikamenten, die die/der PatientIn nicht einnehmen möchte

Wenn die/der ApothekerIn einen entsprechenden Bedarf identifiziert, kann sie/er Änderungen bzgl. der Verschreibungen vorschlagen (z.B. Dosierung, Umstieg auf Generika). Wenn die Notwendigkeit besteht, hat die/der ApothekerIn die Möglichkeit, die/den behandelnd/n HausärztIn mittels eines eigens dafür vorgesehenen Formulars zu kontaktieren. ApothekerInnen sind zudem verpflichtet bei jedem MUR Daten aufzunehmen, sodass diese für etwaige weitere Konsultationen abgerufen werden können. Apotheken werden pro MUR mit 28 Pfund vergütet, wobei pro Apotheke maximal 400 MURs pro Jahr abgerechnet werden können. Um MURs durchführen zu dürfen, müssen PharmazeutInnen gewisse Voraussetzungen erfüllen und ein entsprechendes Zertifikat erwerben (Centre for Pharmacy Postgraduate Education

2013). Zusätzlich hat das *Centre for Pharmacy Postgraduate Education* (CPPE) ein **Lernprogramm** zusammengestellt, um PharmazeutInnen zu helfen, MURs noch effektiver und in hoher Qualität durchzuführen.

Zusammenfassende Betrachtung & Implikationen

Dieses Kapitel befasste sich mit der Qualität der Medikamentenverschreibung durch niedergelassene FachärztInnen.

Aufgrund der zunehmenden Prävalenz von Multimorbidität ist Polypharmazie ein weit verbreitetes Phänomen in Österreich. Das dadurch entstehende Risiko von Wechselwirkungen stellt verordnende ÄrztInnen vor immer größere Herausforderungen. Des Weiteren zeigen Auswertungen von Abrechnungsdaten der Sozialversicherung, dass die Verschreibung von potenziell inadäquater Medikation in Österreich v.a. bei älteren Versicherten weit verbreitet ist.

In den Interviews mit PatientInnen wurde ebenfalls auf Probleme in der Medikamentenverschreibung durch FachärztInnen hingewiesen, insbesondere in Bezug auf Polypharmazie und mangelnde Aufklärung.

International werden vermehrt Informationskampagnen und Trainingsinstrumente genutzt, um ÄrztInnen in der Medikamentenverschreibung zu unterstützen. Mitunter wird die Beratung bzgl. Medikation auch verstärkt von Apotheken übernommen.

Die folgenden Empfehlungen können für die Forschung und Politik gemacht werden:

Implikationen für die Forschung:

- *Interessant wäre das Erforschen der Häufigkeit von Arzneimittelinteraktionen und deren Folgen.*
- *Ebenso wäre eine Aufgabe, die Entwicklung ähnlicher Programme für den österreichischen Kontext.*

Implikationen für die Politik und EntscheidungsträgerInnen:

- *Um die PatientInnensicherheit zu gewährleisten, sollten ÄrztInnen hinsichtlich der Verschreibung von Medikamenten bzw. der Beratung zur Einnahme von Medikamenten mehr unterstützt werden:*
- *Der verstärkte Einsatz von Trainingsmaßnahmen sowohl für ÄrztInnen in Ausbildung als auch für bereits praktizierende ÄrztInnen könnte angedacht werden.*
- *Da viele PatientInnen sich bereits gegenwärtig in Apotheken über die*

Einnahme von Medikamenten beraten lassen, stellt die teilweise Übertragung der Verantwortlichkeit für Beratung und Aufklärung zur Medikamenteneinnahme an Apotheken (in Verbindung mit adäquater Vergütung) eine Option dar.

- *Zusätzliches Serviceangebot für PatientInnen mit Polypharmazie könnte in Betracht gezogen werden – ab einer gewissen Medikamentenanzahl kann auf Beratungstermine mit Klinischen PharmakologInnen verwiesen werden, im Zuge derer die Interaktionen der Medikamente überprüft werden.*

4.3 Transparenz

Transparenz ist eines der intermediären Gesundheitssystemziele der WHO und kann sich auf verschiedenste Aspekte des Gesundheitswesens beziehen. In Tabelle 5 sind in Form einer Score Card mehrere Dimensionen angeführt, bezüglich derer Transparenz gemessen werden kann. Informationen zur Performance der diversen Anbieter bzw. Stakeholder im Gesundheitswesen (z.B. ÄrztInnen, Spitäler, Versicherungen) sollten demnach in den Bereichen Kosten, Qualität und KonsumentInnenerfahrung transparent zugänglich gemacht werden.

Tabelle 5: Score Card zur Messung von Transparenz im Gesundheitswesen

	Cost Measures	Quality Measures	Customer Experience Measures
Health care exchange vendors	✓	✓	✓
Insurers and health plan administrators	✓	✓	✓
Pharmacy benefit managers (PBMs)	✓	✓	✓
Hospitals	✓	✓	✓
Doctors	✓	✓	✓
Other providers and facilities (i.e.: chiropractors, mental health providers, nursing homes, ambulatory surgery centers)	✓	✓	✓
Treatments	✓	✓	✓

Quelle: Wetzell (2014)

Im folgenden Kapitel liegt der Fokus vorwiegend auf Transparenz in Bezug auf die Versorgungsqualität. Internationale Organisationen betonen in diversen Frameworks und Strategiepapieren wiederholt die Bedeutung von transparenter Informationsübermittlung in diesem Kontext. In einem Grundsatzpapier zu allgemeinzugänglicher qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung, das kürzlich

gemeinsam von WHO, OCEC und Weltbank veröffentlicht wurde, wird Transparenz bzgl. Qualität und Outcomes als unverzichtbarer Grundstein für erfahrungsbasiertes Lernen und Weiterentwicklung in Gesundheitssystemen hervorgehoben (WHO/OECD/World Bank 2018: 18).

Wie bereits in Kapitel 2.2 erläutert, ist Transparenz bzgl. Qualität der Leistungserbringung eine zentrale Voraussetzung für adäquate Navigationsinformation im Versorgungsprozess. Steht diese Information nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung, so wird die Auswahl eines geeigneten Leistungserbringers erschwert.

Unter den richtigen Voraussetzungen kann Transparenz in Form von öffentlicher Berichterstattung zu einer Vielzahl an positiven Effekten führen, wie etwa in einer höheren Stellung von Qualität im Gesundheitswesen, einer Steigerung des Bemühens für Qualitätsverbesserung und oft auch zu einer tatsächlichen Verbesserung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung. Transparenz in Bezug auf Qualität kann durch die damit verbundenen Anreize somit auf alle der eingangs genannten Qualitätsdimensionen einwirken. Zusätzlich kann Transparenz aber auch unmittelbar auf einzelne Qualitätsdimensionen wirken. Wenn PatientInnen bspw. die Möglichkeit erhalten ihre Erfahrungen zu kommunizieren – etwa in Form von *patient reported outcome measures* (PROMs) oder *patient reported experience measures* (PREMs) (vgl. Cypionka und Achleitner 2018a) – und diese Informationen transparent zur Verfügung gestellt und für Qualitätsverbesserungen genutzt werden, so kann dies die PatientInnenzentriertheit der Versorgung erhöhen. Weiters kann die allgemeine Verfügbarkeit von Information für alle NutzerInnen des Gesundheitssystems die Zugänglichkeit bzw. Zugangs-/Chancengleichheit verbessern.

Um Qualitätsverbesserungen durch transparente Informationsbereitstellung zu erreichen, müssen jedoch die richtigen Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu zählen insbesondere die folgenden: qualitativ hochwertige Daten, Auswahl von Qualitätskennzahlen, die von allen Stakeholdern als valide, zuverlässig und relevant akzeptiert werden, das Schaffen eines allgemeinen Verständnisses des Zieles von Transparenz (gemeinsames Lernen anstelle von *blaming and shaming*) und die richtige methodologische Auswertung der Qualitätskennzahlen (Fischer 2015). Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kann öffentliches Reporting durchaus auch negative Effekte haben (Heller et al. 2012; Fung et al. 2008).

4.3.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen

In mehreren Ländern wurde die Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen im Gesundheitsbereich bereits in variierendem Umfang umgesetzt. In einer aktuellen Benchmarkstudie des Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmens KPMG wurden 32 Länder auf ihre Transparenz in sechs Teilbereichen des Gesundheitswesens

getestet – das Ergebnis ist der *Global Health Systems Transparency Index*. Die Teilbereiche waren dabei die folgenden: Qualität der Gesundheitsversorgung, PatientInnenerfahrung, Finanzierung, Governance, persönliche Gesundheitsdaten sowie Zugang zu Gesundheitsdaten. Zu jedem der Teilbereiche wurden jeweils vier bis sechs Einzelindikatoren bewertet. Im Bereich Qualität der Gesundheitsversorgung bspw. waren dies Mortalität/Überlebensraten für einzelne Erkrankungen/Behandlungen, Mortalität/Überlebensraten gesamt, Wiederaufnahmen im Spital, Wartezeiten für Notfallversorgung, Reporting zu unerwünschten Ereignissen sowie Krankenhausinfektionen. Für jeden Indikator wird eine Bewertung zwischen 1 und 3 Punkten (bei besonders guter Performance 4 Punkte), je nach dem Ausmaß, in dem Informationen zum jeweiligen Indikator öffentlich verfügbar sind. Die Punkte wurden anschließend je Teilbereich summiert und in Prozent des maximal erreichbaren Scores angegeben. Aus den einzelnen Teilbereichen wurde zudem ein Gesamtscore errechnet.

Tabelle 6: In der Transparenzstudie von KPMG (2017) verwendete Indikatoren

 Quality of Healthcare	 Patient Experience	 Finance	 Governance	 Personal Healthcare Data	 Communication of Healthcare Data
Mortality/survival rates for individual medical conditions and treatments All-cause mortality/survival rates Hospital re-admission rates Waiting times for emergency care 'Adverse event' reporting Hospital-acquired infection rates	Patient reported outcome measures Patient satisfaction Patient approval Patient complaints	Financial performance Prices patients are charged Prices health insurers/payers are charged Disclosure of payments, gifts and hospitality to healthcare staff	Freedom of Information legislation Patient rights Procurement processes and decision-making Public decision making Patient/Public involvement	Electronic patient records system Shared clinical documentation Patient data privacy and safeguarding policy Information on use of patient data	An accessible data portal Extent to which data is up-to-date Ease of comparing providers and services Use of open data file formats

Quelle: KPMG International (2017)

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse angeführt. Nicht unerwartet erreichten die skandinavischen Länder Dänemark, Finnland, Schweden und Norwegen die höchste Punktzahl, wobei diese Länder v.a. in den Dimensionen „Finanzierung“, „Governance“, und „persönliche Gesundheitsdaten“ sehr hohe Punkte erreichen konnten. Österreich punktete in diesem Ländervergleich sehr niedrig und erreichte lediglich Platz 27 von 32. Am besten punktete Österreich im Teilgebiet „persönliche Gesundheitsdaten“, die

Informationen bezüglich der Verwendung von PatientInnendaten und die Datensicherheit wurden dabei als sehr gut bewertet. In allen anderen Teilbereichen schnitt Österreich unterdurchschnittlich ab. Insbesondere in den Bereichen „Qualität der Gesundheitsversorgung“ und „PatientInnenerfahrungen“ wurde die Transparenz als eingeschränkt beurteilt. Bei allen Einzelindikatoren dieser Teilbereiche wurde jeweils nur das Minimum von einem Punkt vergeben. (KPMG International 2017)

Tabelle 7: Ergebnisse des Global Health System Transparency Index

	Overall Score	1. Quality of Healthcare	2. Patient Experience	3. Finance	4. Governance	5. Personal Healthcare Data	6. Communication of Healthcare Data
Denmark	74	67	62	83	94	93	50
Finland	72	48	46	83	88	86	93
Sweden	71	81	69	75	69	79	50
Norway	69	67	62	83	81	71	50
UK	69	57	85	83	81	57	57
Australia	68	52	62	83	88	64	64
New Zealand	67	38	54	83	94	64	79
Netherlands	67	57	85	75	69	50	71
Portugal	64	48	46	83	63	86	71
Singapore	63	57	77	83	81	43	43
Israel	62	48	92	50	56	79	57
Brazil	61	48	69	67	81	64	43
Canada	61	57	46	50	81	50	79
Spain	61	76	46	42	75	71	43
France	60	48	62	67	75	50	64
Germany	56	29	54	75	63	64	64
Italy	54	57	31	67	56	64	50
Iceland	53	43	54	75	63	50	43
Switzerland	53	33	69	67	69	57	36
R. of Korea	52	29	31	83	56	50	79
Poland	50	29	46	67	56	57	57
R. of Ireland	49	29	31	67	75	79	43
Luxembourg	47	29	46	50	63	50	50
Russia	47	33	38	67	63	50	36
Austria	46	29	31	58	56	64	43
Japan	46	48	31	67	56	43	29
Greece	43	29	38	50	69	50	29
Mexico	42	33	46	42	50	36	50
K. Saudi Arabia	38	29	31	50	50	43	29
South Africa	37	33	31	33	44	50	29
India	36	29	31	42	44	43	29
China	32	29	31	50	31	29	29
Average Score	55	44	51	66	67	59	52

■ 70% and over
■ 60% and over
■ 50% and over
■ 40% and over
■ Lower than 40%

Quelle: KPMG International (2017)

Für die Qualitätskontrolle im niedergelassenen Bereich in Österreich ist die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der

Medizin GmbH (ÖQMed), ein Tochterunternehmen der Österreichischen Ärztekammer, zuständig. Von der ÖQMed werden Qualitätsstandards in den Dimensionen Struktur- und Prozessqualität definiert, mithilfe derer die FachärztInnenpraxen in folgendem Prozedere evaluiert werden: An alle niedergelassenen FachärztInnen werden Fragebögen zur Selbstevaluierung versandt. Daraufhin folgen stichprobenartige Ordinationsbesuche, bei welchen die Ergebnisse der ärztlichen Selbstevaluierung kontrolliert werden. Sollte ein Mangel vorliegen, wird der/dem FachärztIn eine Mängelbehebungsfrist eingeräumt, woraufhin ein wiederholter Kontrollbesuch erfolgt. Die Ergebnisse dieser Qualitätskontrolle sind bisher für PatientInnen auf individueller Ebene nicht einsehbar. Zurzeit wird jedoch ein Qualitätsbericht für den Zeitraum 2012-2017 durch die ÖQMed erstellt, welcher online veröffentlicht werden und sämtliche Evaluierungsergebnisse beinhalten soll.

Am Qualitätssicherungsverfahren der ÖQMed wurde bereits mehrfach Kritik geäußert. So gibt es bspw. Bedenken bzgl. der Unbefangenheit der ÖQMed, da sie ein Tochterunternehmen der Ärztekammer ist. Weiters wurden u.a. die Methodologie der Erhebungstechnik, der weitgehende Verzicht auf Fremdbewertung im Anschluss an die Selbstbewertung, der zu starke Fokus auf Strukturqualität, der fehlende Einsatz von Qualitätsindikatoren sowie die Intransparenz der Ergebnisse kritisiert (Czypionka et al. 2017a).

Die österreichische Gesundheitspolitik hat sich jedoch zu einem stärkeren Fokus auf Qualität verpflichtet. Im Zielsteuerungsvertrag 2017-2021 (Bundeszielsteuerungskommission 2017), der von Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossen wurde, ist die „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ bspw. als operatives Ziel 8 festgehalten. Dazu sollen mehrere Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene umgesetzt werden. In Bezug auf Transparenz besonders relevante Maßnahme sind u.a. die regelmäßige Publikation eines Qualitätsberichts sowie schrittweises Ausrollen der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich und Aufbau eines kontinuierlichen Berichtswesens einschließlich Veröffentlichung der Ergebnisse in geeigneter Form.

Dadurch, dass Qualitätsindikatoren zurzeit nicht publiziert werden, spielen Mundpropaganda sowie das Internet eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, Qualitätsinformation über eine/n FachärztIn einzuholen. Eine Studie von Kolland et al. (2017) untersuchte PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung in Österreich auf Basis von Interviews mit 30 Personen, die im vergangenen Jahr mind. einen Facharztkontakt hatten. Bezüglich der Auswahl von FachärztInnen gaben die Befragten an, sich größtenteils auf persönliche Empfehlungen aus dem Familien- oder Bekanntenkreis bzw. Empfehlungen anderer ÄrztInnen (meist HausärztInnen) zu verlassen. Dies dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, dass es in Österreich

an objektiven Qualitätskennzahlen im niedergelassenen FachärztInnenbereich fehlt und PatientInnen daher vorwiegend auf persönliche Empfehlungen aus dem Bekanntenkreis oder von der/dem HausärztIn angewiesen sind.

Auch das Internet wird von PatientInnen als Informationsquelle über FachärztInnen genutzt, um sich mit Hilfe von deren Webauftritten und PatientInnenbeurteilungen selbst ein Bild zu machen. Die Informationen, die online zur Verfügung gestellt werden, sind jedoch begrenzt. Die von der Ärztekammer eingerichtete Online-Suche unter <http://www.aerztekammer.at/arztsuche>, aufgeschlüsselt nach Bundesländern, bietet die Möglichkeit eine/n niedergelassene/n ÄrztIn nach verschiedenen Auswahlkriterien zu suchen, beinhaltet aber keinerlei Information zur Leistungsqualität der/des jeweiligen ÄrztIn. Angesichts dieses Mangels sind in den letzten Jahren in Österreich Arztbewertungsportale entstanden, die als Orientierungshilfe dienen sollen. Tabelle 8 gibt eine Übersicht über jene Portale, die bei einer Online-Recherche im Jahr 2013 identifiziert wurden (Czypionka et al. 2013).

Tabelle 8: Arztbewertungsportale in Österreich

Kategorie	Arztbewertungsportale
Branchenverzeichnis/Suchportal:	qype.at, tupalo.com, herold.at
PatientInnenforum:	arztbewertung.at
Gesundheitsportal:	netdoktor.at, arztverzeichnis.at, arztsuche24.at
ÄrztInnensuchportal:	docfinder.at, arztbewertung.net, medicalreport.at

Quelle: Czypionka et al. (2013)

Die auf diesen Portalen präsentierten Bewertungen basieren jedoch nicht auf validen und zuverlässigen Qualitätskriterien, sondern auf nicht-standardisierten PatientInnenbewertungen. Die Bewertung wird häufig in Form von Freitextkommentaren oder die Vergabe von Sternen vorgenommen. Dies greift v.a. bei komplexen Qualitätsdimensionen wie der Kompetenz der FachärztInnen zu kurz. Ein weiterer Mangel ist die niedrige Bewertungsrate in den diversen Portalen, wodurch Bewertungen noch mehr an Validität verlieren, da Extreme die Bewertungen stark verzerren können (Czypionka et al. 2013).

Eine zunehmend bedeutende Rolle in Bezug auf Transparenz könnte in Zukunft auch die Initiative „Gesundheitshotline 1450“ spielen, auf die in Kapitel 4.6 noch näher eingegangen wird. Während die Hotline gegenwärtig in erster Linie Navigationsinformation bereitstellt, bietet sie die Möglichkeit künftig noch weitere Verwendungszwecke abzudecken. Beispiele dafür im Kontext der extramuralen fachärztlichen Versorgung wären Informationen bzgl. Wartezeiten, Öffnungszeiten und frühestmöglichen Terminen bei Gesundheitsdiensteanbietern oder gar direktes Buchen

eines Termins über die Hotline, evtl. parallel mit einem Online-System, sodass Versicherte diese Services selbst unmittelbar nutzen können.

4.3.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung

Die Verbesserungspotenziale in Bezug auf Transparenz, die sich aus der Literaturrecherche herauskristallisierten, wurden auch in den Interviews bzw. Fokusgruppen thematisiert.

Von Seiten der PatientInnenanwaltschaft wurden Bedenken in Bezug auf die Validität der durchgeführten Qualitätskontrollen der ÖQMed geäußert. So wurde bspw. kritisiert, dass der Aspekt der Ergebnisqualität vernachlässigt wird, dass GutachterInnen zu wenig Einblick erhalten und dass die erforderlichen Qualitätsstandards nicht hoch genug sind:

„DIE ÖQMed ist sehr stark fixiert auf Struktur- und wenig Prozessqualität, jedoch in keiner Weise Ergebnisqualität. Letztendlich geht es darum, ob die medizinische Fachqualität leitfadenskonform ist. An dieser Herausforderung scheitert die ÖQMed und sie stellt sich jenem Problem in keiner Weise.“
(PatientInnenanwaltschaft)

„Die Gutachter der ÖQMed dürfen nicht mal in eine Krankengeschichte reinsehen. Vergleich: Als wenn der Lebensmittelinspektor zu einem Würstelstand geht. Der Besitzer sagt: ‚Ich zeige Ihnen schematisch, wie ich arbeite, aber Sie dürfen keine Probe nehmen.‘“ (PatientInnenanwaltschaft)

Die befragten PatientInnen benützen Bewertungsportale, beurteilten diese jedoch sehr wohl kritisch, was v.a. durch die mögliche Verzerrung durch die niedrige Bewertungsrate bzw. Zweifel an Authentizität und Objektivität begründet ist:

„Natürlich fragt man erst im Bekanntenkreis und dann schaut man im Internet, ob man Information über den findet. Weil, vielleicht findet der eine jemanden sympathisch, ein anderer wieder nicht.“ (PatientIn)

„Ich schau auch im Internet nach, was da für Bewertungen stehen. Man darf nicht immer alles glauben, da sind manchmal nicht viel objektive Meinungen drin [...].“ (PatientIn)

„Aber da hab ich immer die Angst, dass ein Arzt seine sämtlichen Bekannten bittet ihn positiv zu bewerten.“ (PatientIn)

„So wie bei Trip Advisor, einer bewertet das Hotel fantastisch, der andere schreibt: ‚Katastrophales Frühstück, dreckiges Zimmer!‘ Der ist vielleicht ein Reinlichkeitsfanatiker, dem anderen ist es wurscht.“ (PatientIn)

„Es wird auch viel gefaked“. (PatientIn)

Mehr Validität wird Beurteilungen zugeschrieben, die durch eine höhere Anzahl von PatientInnenbewertungen entstehen:

„Darum sag ich ja, wenn es nur 5 wären, dann wär ich skeptisch, aber wenn das so 50, 70 Bewertungen sind, dann glaub ich das eher, als wenn einer nur 5 hat und die alle positiv.“ (PatientIn)

„ [...] aber wenn jemand im Schnitt von 50 Bewertungen 45 positive hat, dann muss da ja was dran sein.“ (PatientIn)

„Wenn der 500 Darmkrebsoperationen gemacht hat und 500 Darmkrebsoperationen waren okay, dann würd ich wahrscheinlich zu dem gehen, ob das jetzt wahr ist oder nicht.“ (PatientIn)

Die befragten PatientInnen in vorliegender Studie würden Online-Bewertungen durch andere PatientInnen zudem mehr Glauben schenken, wenn diese in einer systematischeren Weise erfasst werden würden. Als Zeitpunkt der Bewertung würden sie sich direkt das Wartezimmer der/des jeweiligen FachärztIn wünschen, da sie aus eigenen Erfahrungen wissen, dass mit einer Zeitverzögerung die Bewertung verzerrt werden kann und man im Speziellen eher dazu neigt, extreme Bewertungen abzugeben.

„Die ärztevaluation sollte als Tablet aber schon beim Facharzt liegen. Zuhause macht man das dann nicht mehr. Wie beim Baumarkt ‚Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem Besuch?‘ Da füllt man die Fragen ein und das wird direkt ausgewertet. [...] Zuhause setz ich mich nicht mehr hin.“ (PatientIn)

„Ansonsten würd ich das zuhause nur machen, wenn mir wie bei Trip Advisor etwas sehr gut oder sehr schlecht gefallen hat.“ (PatientIn)

Weiters würden sich die PatientInnen durch eine systematische PatientInnenbewertung eine Verbesserung der Servicequalität erhoffen.

„Das würde den Arzt indirekt anspornen ein bisschen freundlicher zu sein.“ (PatientIn)

Unter anderem aufgrund der genannten Mängel von Online-Bewertungsportalen verlassen sich die PatientInnen bei der Facharztauswahl nach wie vor auch auf Empfehlungen aus dem Bekanntenkreis:

„Ich habe einen Neurologen gesucht vor einem Jahr. Ich habe einen Freund, der Unfallchirurg ist, einer, der Radiologe ist, die hab ich auch gefragt, ob sie einen

Neurologen kennen, die konnten auch keinen empfehlen. Dann muss man halt blind zu irgendjemandem gehen.“ (PatientIn)

„Ich verlass mich lieber auf Tipps von den Mitmenschen.“ (PatientIn)

Auf die Frage hin, ob sie auf Qualitätsinformation zurückgreifen würden, wenn diese verfügbar wäre, zeigten die PatientInnen Interesse und Offenheit. Es wurde jedoch betont, dass diese Information in einem passenden und verständlichen Format präsentiert werden müsste:

„Wenn es nicht zu fachspezifische Information wäre, sondern eher so allgemein gehalten, dann wären Qualitätsindikatoren interessant.“ (PatientIn)

„Es wäre hilfreich, was genau ist bei dem Arzt gut, man sollte das mehr aufsplitten, nicht nur endlose Romane.“ (PatientIn)

Auch ein/e VertreterIn der Ärztekammer gab an, dass transparente Qualitätsinformation bezüglich FachärztInnen wichtig wäre, jedoch nehme sie/er an, dass die Implementierung davon schwierig sein würde:

„Die Ärztekammer müsste sich auch Fragen wie diese gefallen lassen: ‚Warum habt ihr mehr Hüftoperationen als der Durchschnitt?‘ Dies wäre interessant, ist jedoch politisch nicht möglich durchzusetzen.“ (ÄrztkeammervorteilerIn)

4.3.3 Internationale Lösungsoptionen

In internationalen Gesundheitssystemen gibt es diversere Bemühungen, Qualität im Gesundheitswesen zu messen und die Ergebnisse öffentlich zu präsentieren.

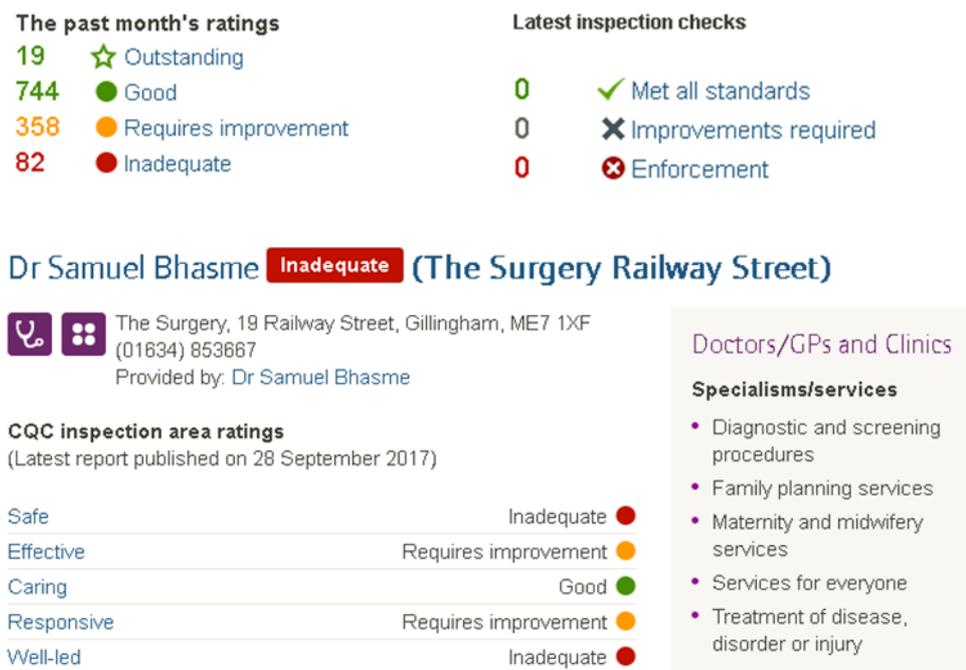
In **England** ist die *Care Quality Commission* (CQC), eine unabhängige Regulierungsbehörde für Gesundheit und Soziales, für die Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich zuständig. Sie lizenziert, kontrolliert und bewertet Gesundheitsdiensteanbieter wie z.B. niedergelassene ÄrztInnen. Zwar handelt es sich dabei um praktische ÄrztInnen, da in die fachärztliche Versorgung in England spitalsbasiert ist – die Vorgehensweise bei der Qualitätssicherung sollte jedoch auch weitgehend für die extramurale fachärztliche Versorgung anzuwenden sein.

Die Qualitätsüberprüfungen durch die CQC laufen folgendermaßen ab (Czypionka et al. 2017a): Zu Beginn werden Rückmeldungen von PatientInnen aus diversen Quellen begutachtet sowie Informationen von MitarbeiterInnen und/oder anderen Leistungsanbietern eingeholt. Anschließend findet eine Inspektion statt. Das Inspektionsteam setzt sich aus einer/einem CQC-PrüferIn, einer/einem ÄrztIn sowie weiteren Fachkräften zusammen. Diese führen Interviews mit PatientInnen und dem Praxisteam sowie Beobachtungen durch, sammeln Daten und überprüfen Vor-Ort-

Aufzeichnungen, Akten und Ausstattung. Anschließend werden die Ergebnisse mit dem Praxisteam besprochen und Maßnahmen festgelegt. Bei unzureichender Erfüllung der Mindestqualitätsstandards kann die CQC Sanktionen verhängen, die von Ermahnungen über Geldstrafen bis hin zu Lizenzentzügen oder in extremen Fällen gar Strafanzeigen reichen können. (Czypionka et al. 2017a)

Die Ergebnisse der Qualitätsüberprüfung werden in einem Bericht sowie auf der Webseite der CQC publiziert und sind somit öffentlich zugänglich. Auf der Webseite der CQC sind die Beurteilungen in Form eines Ampelsystems illustriert. Abbildung 8 zeigt beispielhaft die Beurteilung eines Arztes, der die Qualitätsstandards nicht in ausreichendem Maße erfüllte.

Abbildung 8: Beispielhafte Beurteilung eines Arztes auf der Webseite der Care Quality Commission



Quelle: Czypionka et al. (2017)/ <https://www.cqc.org.uk/>

Auch in den **Niederlanden** haben Qualität und diesbezügliche Transparenz einen hohen Stellenwert in der Gesundheitspolitik. Das Jahr 2015 hat Gesundheitsminister Schippers sogar zum „Jahr der Transparenz“ ausgerufen. Nach Jahren von Datenregistrierung und Qualitätsmessung innerhalb von Institutionen wurde der Fokus auf öffentliche Rechenschaftspflicht über die Kosten und Qualität im Gesundheitswesen gelegt. Nachdem viele verschiedene Organisationen bereits seit Jahren Qualitätsinformation registrieren, konnte man auch bereits die registrierten und öffentlich zugänglich gemachten Qualitätsindikatoren auf ihre methodologischen

Aspekte testen. Ein Beispiel dafür sind die Qualitätsindikatoren des Inspektorats für das Gesundheitswesen (IGZ), dem die Qualitätssicherung neben dem Gesundheitsministerium primär obliegt. Das IGZ ist für das Umsetzen von Maßnahmen bei Nichteinhaltung von vereinbarten Qualitätsstandards verantwortlich und führt dafür regelmäßige Kontrollen bei Gesundheitsdiensteanbietern durch. Das IGZ entwickelt jährlich mit verschiedenen Stakeholdern des Gesundheitswesens ein Basis-Set an Qualitätsindikatoren für den Bereich Krankenhäuser und private Kliniken. Diese Qualitätsindikatoren werden pro Krankenhaus und privater Klinik online publiziert. Dies umfasst auch die fachärztlich-ambulanten Leistungen. Jüngste wissenschaftliche Studien führten jedoch zu einer Diskussion über die Validität der Qualitätsmessung, da sich in Analysen kein signifikanter Zusammenhang zwischen den getesteten Prozess- und Ergebnisindikatoren feststellen lassen konnte (Oude Wesselink et al. 2015a & 2015b).

Der aktuelle Fokus in den niederländischen Bestrebungen nach Qualität bzw. Transparenz liegt nun darauf, Qualitätsindikatorensets in ihrem Umfang zu reduzieren und eine einmalige Datenregistrierung zu erreichen. Diese Daten sollen in Folge verschieden genutzt werden können. Man ist sich bewusst, dass dies ein langwieriger und komplexer Prozess ist – u.a. aus diesem Grund wurde das *Zorginstituut informatiestandaard* eingerichtet, welches als nationale Behörde dafür Sorge trägt, dass Informationen in der richtigen Qualität registriert, abgefragt, geteilt, ausgetauscht und übertragen werden können (Van Woerden 2015).

Eine weitere Möglichkeit zur transparenten Bereitstellung von Qualitätsinformation bieten Zertifizierungsverfahren. In **Deutschland** hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Modell „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP) eingeführt, das niedergelassene Praxen freiwillig übernehmen können. Dieses Modell gibt einen Qualitätszielkatalog für die ambulante Gesundheitsversorgung vor, verbunden mit konkreten Maßnahmenvorschlägen zur Erreichung der Ziele. Es soll die Praxen bei der Einführung eines internen Qualitätsmanagement unterstützen – dazu werden bspw. auch ein Manual sowie Seminare angeboten. Der Qualitätszielkatalog setzt sich aus 144 Zielen zusammen, die an 272 Einzelindikatoren gemessen werden. Die Ziele gliedern sich in fünf Bereiche, nämlich PatientInnenversorgung, PatientInnenrechte und PatientInnensicherheit, MitarbeiterInnen und Fortbildung, Führung und Organisation sowie Qualitätsentwicklung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit für Praxen sich im Rahmen von QEP zertifizieren zu lassen, sodass die Qualitätsbemühungen auch nach außen hin sichtbar werden. In einem Prüfverfahren wird die Erreichung der Qualitätsziele von einer unabhängigen Zertifizierungsstelle u.a. anhand einer Visitation geprüft und anschließend ein drei Jahre gültiges Zertifikat vergeben, das in einem Re-Zertifizierungsprozess erneuert werden kann. Ähnliche Möglichkeiten wie QEP bietet

das Qualitätssicherungsverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ). (Czypionka et al. 2017a)

Auch in den **Niederlanden** haben Arztpraxen die Möglichkeit sich auf freiwilliger Basis zertifizieren zu lassen. Beispiele sind das Qualitätszertifikat der Stiftung für Harmonisierung der Qualität im Gesundheitswesen (HKZ) sowie Zertifikat der Ärztekammer der HausärztInnen. (Czypionka et al. 2017a)

Um stärker die PatientInnenperspektive in die Messung von Qualität miteinzubeziehen, werden international vermehrt *patient reported outcome measures* (PROMs) und *patient reported experience measures* (PREMs) verwendet. Dabei handelt es sich um Maßzahlen, die aus subjektiven Einschätzungen der PatientInnen zu Outcomes bzw. Versorgungserfahrung ermittelt werden. Sie können sowohl in generischer als auch krankheitsspezifisch erhoben werden. Die Sammlung, Verwendung und mitunter auch Veröffentlichung dieser Maßzahlen soll zur Verbesserung der Effektivität der Versorgung bzw. zu höherer PatientInnenzentriertheit beitragen. In einigen Gesundheitssystemen international werden PROMs und PREMs bereits routinemäßig verwendet. In **England** müssen bspw. bei Knie-, Hüft-, Krampfadern- sowie Leistenbruchoperationen von jeder Krankenanstalt PROMs erhoben werden. Die Ergebnisse werden auf der Webseite des NHS veröffentlicht, sodass PatientInnen verschiedene Anbieter vergleichen können. Auch für Wirtschaftlichkeitsanalysen werden PROMs mittlerweile im NHS verwendet. Ein weiteres Beispiel für routinemäßige Verwendung von PROMs und PREMs ist **Schweden**. Dort werden solche Maßzahlen im Rahmen der nationalen Qualitätsregister gesammelt. Insgesamt gibt es mehr als 100 solcher Register, die ein breites Spektrum an Erkrankungen bzw. Interventionen abdecken. (Czypionka und Achleitner 2018a)

Darüber hinaus gibt es in mehreren Ländern Webseiten zur Qualitätsbewertung aus PatientInnensicht, so auch in den **Niederlanden** (*kiesbeter*), in **Deutschland** (*Projekt Weisse Liste*) oder im **Vereinigten Königreich** (*NHS Choices*), wobei letzteres als *best-practice*-Beispiel gewertet werden kann. *NHS Choices* ist die offizielle Service-Webseite des NHS England und stellt ein breites Spektrum an Informationen zu Gesundheitsthemen zur Verfügung. Dazu zählen auch Informationen zu den Leistungserbringern. In diesem Kontext kombiniert *NHS Choices* objektive Qualitätsinformation mit subjektiven Einschätzungen von PatientInnen. Die Plattform bietet u.a. umfangreiche, evidenzbasierte Informationen über die Versorgungsqualität von Hausarztpraxen, Zahnarztpraxen und Krankenhäusern. Anhand von definierten Struktur- und Ergebnisindikatoren können PatientInnen Gesundheitsdiensteanbieter vergleichen. Die Webseite enthält zusätzlich PatientInnenbewertungen über einzelne Arztpraxen bzw. individuelle ÄrztInnen. Diese sind zwar subjektive Beurteilungen und basieren in der Regel auf geringen Bewertungszahlen, jedoch stellt das

PatientInnenfeedback nur einen Teil der Gesamtbewertung dar. In Abbildung 9 ist beispielhaft die Bewertung von zwei Arztpraxen dargestellt.

Abbildung 9: Beispielhafte Bewertung von Arztpraxen auf NHS Choices

Results for **GP** in **CB42WL** Email Print Export

Store CB42WL as your main location for future visits?

Narrow search or **start new search**

Showing 1-10 of 247 results | Results per page | [See results on a map](#)

Distances given are in a straight line but travel routes may be longer. Please check before starting your journey

Topics Key Facts	NHS Choices users rating	Registered patients	Would recommend the surgery	Electronic prescription service	Weekday evening and weekend appointments offered here or nearby	Online appointment booking	Order or view repeat prescriptions online
Sort by Nearest <input type="button" value="Update results"/>							
Arbury Road Surgery <input type="checkbox"/> Add to shortlist							
Tel: 01223364433 114 Arbury Road Cambridge Cambridgeshire CB4 2JG <input type="button" value="Book appointment online"/> 0.6 miles away Get directions	 10 ratings Rate it yourself	12402 patients	 66.8% - In the middle range		YES Contact practice for appointment availability	 15.80% of patients are signed up to this service	 15.80% of patients are signed up to this service
Firs House Surgery, Firs House Partnership <input type="checkbox"/> Add to shortlist							
Tel: 01223234286 Station Road Histon Cambridge Cambridgeshire CB24 9NP <input type="button" value="Book appointment online"/> 1.0 miles away Get directions	 3 ratings Rate it yourself	12303 patients	 82.6% - In the middle range		NO Evening and weekend appointments coming soon	 29.43% of patients are signed up to this service	 29.95% of patients are signed up to this service

Quelle: NHS Choices (2018)

Auch in den **USA** gibt es zahlreiche Bewertungsportale, die jedoch primär auf PatientInnenerfahrungen beruhen. Auf **WebMD** werden ÄrztInnen mit 1 bis 5 Sternen bewertet, je nachdem wie gut u.a. Behandlungen und Erkrankungen erklärt werden oder Antworten ausreichend gegeben werden. Darüber hinaus wird die Praxis selbst in Bezug auf die Sauberkeit, das Personal und den Terminbuchungsprozess bewertet. Es werden sowohl die Berufsjahre der ÄrztInnen als auch die durchschnittliche Wartezeit in der Praxis angeführt. Die Plattform **Healthgrades** besuchen über 30 Millionen BesucherInnen pro Monat. Auch hier werden ÄrztInnen mit Hilfe einer Skala von 1 bis 5 Sternen bewertet, zusätzlich gibt es aber auch die Optionen in einem freien Textfeld einen Kommentar zu hinterlassen und anzugeben, ob man diese/n ÄrztIn weiterempfehlen würde. Inhalte der Bewertung sind u.a. der Terminbuchungsprozess, die Sauberkeit der Praxis, die Freundlichkeit des Personals, die Wartezeit und das

Vertrauen in die/den ÄrztIn. Weitere Beispiele für Bewertungsportale in den USA sind [RateMDs.com](#), [Vitals](#) oder [ZocDoc](#).

Zusammenfassende Betrachtung & Implikationen

Dieses Kapitel befasste sich mit dem Aspekt Transparenz bzgl. Qualität im österreichischen Gesundheitswesen und identifizierte folgende Verbesserungspotenziale:

- Die Transparenz in den Bereichen „Qualität der Gesundheitsversorgung“ und „PatientInnenerfahrung“ in Österreich wird in Literatur und Fokusgruppen übereinstimmend als eingeschränkt bewertet.
- Die durchgeführten Qualitätskontrollen durch die ÖQMed werden hinsichtlich mehrerer Punkte kritisch beurteilt.
- Online-Bewertungsportale basieren auf PatientInnenbewertungen, die subjektiv sind und oft nur geringe Feedbackzahlen enthalten, was deren Validität und Zuverlässigkeit stark schmälert.
- Durch die mangelnde Transparenz ist auch die Navigationsinformation beeinträchtigt.

Zu Qualitätsindikatoren und PatientInnenbewertungsportalen gab es in den (im Zuge dieser Studie durchgeführten) Fokusgruppen die folgenden Meinungen:

- PatientInnen hätten Interesse an Qualitätsinformation, unter der Voraussetzung, dass diese entsprechend präsentiert und verständlich für PatientInnen ist.
- PatientInnen nützen Bewertungsportale, um sich ein Bild über FachärztInnen zu machen, wissen allerdings zugleich, dass die Information in ihrer Validität begrenzt ist. Sie würden sich daher eine systematischere Erfassung von PatientInnenmeinungen wünschen.

Die folgenden Empfehlungen können für die Forschung und Politik abgeleitet werden:

Implikationen für die Forschung:

- In der Forschung sollten methodologische Aspekte von Qualitätsmessung und Transparenz von Qualitätsinformation in Österreich untersucht werden.
- Die Qualität der vorhandenen Daten sollte systematisch untersucht und

auf ihre Publizierbarkeit überprüft werden.

- *Es sollte untersucht werden, wie ein „minimum required dataset“ für das Umsetzen von öffentlicher Berichterstattung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisinformation durch GesundheitsversorgungsanbieterInnen in Österreich aussehen müsste.*
- *Es wäre hilfreich, die Nutzbarkeit von ELGA für das Generieren von brauchbarer Information für Qualitätskennzahlen zu testen, bspw. ob Leitlinienkonforme Behandlung ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung erfolgten oder ob richtige diagnostische Schritte bei auffälligen Befunden eingeleitet wurden.*
- *Es ist nicht zu empfehlen, Qualitätskennzahlen aus anderen Gesundheitssystemen zu kopieren, sondern diese zuerst auf ihre Sinnhaftigkeit bzw. Validität im österreichischen Gesundheitssystem und die Datenlage zu testen.*

Implikationen für die Politik und Entscheidungsträger:

- *Qualitätskennzahlenauswahl:*
 - *Es ist anzuraten, dass Indikatorensets aus Struktur-, Prozess- und Ergebniskennzahlen bestehen und in einem gemeinschaftlichen Prozess entwickelt werden.*
 - *PatientInnenerfahrungen und Outcomes aus PatientInnensicht sollten in systematischer Form wie bspw. durch PREMs und PROMs erhoben und zur Verbesserung der Versorgungsqualität verwendet werden.*
 - *Es sollten Ergebnisindikatoren ausgewählt werden, von denen geeignete PatientInnenanzahlen und Fallzahlen erwartet werden können.*
- *Datenregistrierung und Definition der Qualitätskennzahlen:*
 - *Die Datenqualität von registrierten Daten sollte standardmäßig kontrolliert werden.*
 - *Qualitätskennzahlen sollten so präzise wie möglich definiert sein, um so potenzielle Interpretationsunterschiede zu eliminieren.*
 - *Valide Qualitätsmessung verlangt qualitativ hochwertige Daten. Für viele Indikatoren sind bestehende Datenquellen (die für einen anderen Zweck als Qualitätsmessung erstellt wurden) als Basis für die Berechnung oft nicht präzise genug. Eine Investition in einen*

Datenwürfel, der es erlaubt möglichst viele Indikatoren zu generieren und für verschiedene Zwecke zu nutzen, sollte als Ziel gesetzt werden.

- *Der zusätzliche Aufwand sollte durch das Minimieren der Anzahl von Qualitätskennzahlen und durch eine automatisierte Datensammlung so klein wie möglich gehalten werden.*
- *Verwendung von Qualitätskennzahlen:*
 - *Viele Qualitätskennzahlen sind nur für interne Transparenz und Qualitätsmessung geeignet.*
 - *Wird in Erwägung gezogen, Qualitätskennzahlen öffentlich zu publizieren, dann sollten diese zuerst intern genützt, über einen Zeitraum beobachtet und evaluiert werden (v.a. bei Ergebnisindikatoren sind nur wenige für das öffentliche Publizieren wirklich brauchbar).*
 - *Erste Vergleiche sollten sich auf Strukturinformation und Prozessinformation fokussieren, wie etwa die Anzahl an PatientInnen, die leitlinienkonform behandelt wurden.*
 - *Manche Qualitätsindikatoren erfordern eine differenzierte Präsentation, je nachdem, für welche Stakeholder sie präsentiert werden.*
 - *Datenerhebung, Durchführung der Qualitätsmessung und Veröffentlichung sollten durch eine unabhängige Institution erfolgen.*
- *Steigerung der Transparenz der Leistungserbringung:*
 - *Kontinuierliche und systematische Stichprobenerhebungen sollten durchgeführt werden; Überprüfungen, wie jene des Vereins für Konsumentenschutzes in Bezug auf Wartezeiten (vgl. Kapitel 4.4), fortgesetzt und ausgeweitet werden.*
 - *Qualitätsinformation sollte am Beispiel von NHS Choices (Qualitätsinformation gekoppelt an PatientInnenerfahrungen), vorzugsweise in systematischer Weise online veröffentlicht werden.*
 - *Die Nutzbarkeit der Initiative „Gesundheitshotline 1450“ sollte weiter ausgetestet und neue Verwendungszwecke in Betracht gezogen werden. Die Bereitstellung von Informationen zu Wartezeiten oder die direkte Terminbuchung über die Hotline erfordern zwar eine Kollaboration mit den jeweiligen FachärztInnen, können bei guter Umsetzung jedoch auch eine Entlastung des administrativen Aufwandes für Arztpraxen, eine*

Effizienzgewinnung für das Gesundheitswesen sowie eine Aufwandsparnis für PatientInnen bedeuten.

- *Möglich ist auch die Incentivierung von Qualitätsarbeit. Dies könnte in einem Pilotprojekt erfolgen. Darauf aufbauend könnten Peers ihren KollegInnen von der Arbeit berichten und so die Akzeptanz von höherer interner Transparenz erhöhen.*

4.4 Wartezeiten

Wartezeiten entstehen durch die komplexe Interaktion von Angebot und Nachfrage (Viberg et al. 2013, Borowitz et al. 2013). Eine überhöhte Nachfrage über eine gewisse Periode verursacht Warteschlangen, wohingegen temporäre überhöhte Kapazitäten einen Überschuss kreieren, der jedoch nicht für die Zukunft aufgehoben werden kann (Silvester et al. 2004). Darum ist eine gewisse Wartezeit oft notwendig, um das Gesundheitssystem effizient zu halten. Jedoch sind zu lange Wartezeiten mit einer ineffizienten Gesundheitsversorgung, übermäßigem PatientInnenleiden und allgemeiner Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem assoziiert (Kreindler 2010; Dixon et al. 2009; Hansson et al. 2012, Siciliani et al. 2005).

Das Thema Wartezeiten im niedergelassenen fachärztlichen Bereich umfasst sowohl Wartezeiten auf einen Termin als auch die Wartezeit vor Ort in der Praxis. Der Fokus des nachfolgenden Kapitels liegt auf ersterem Aspekt.

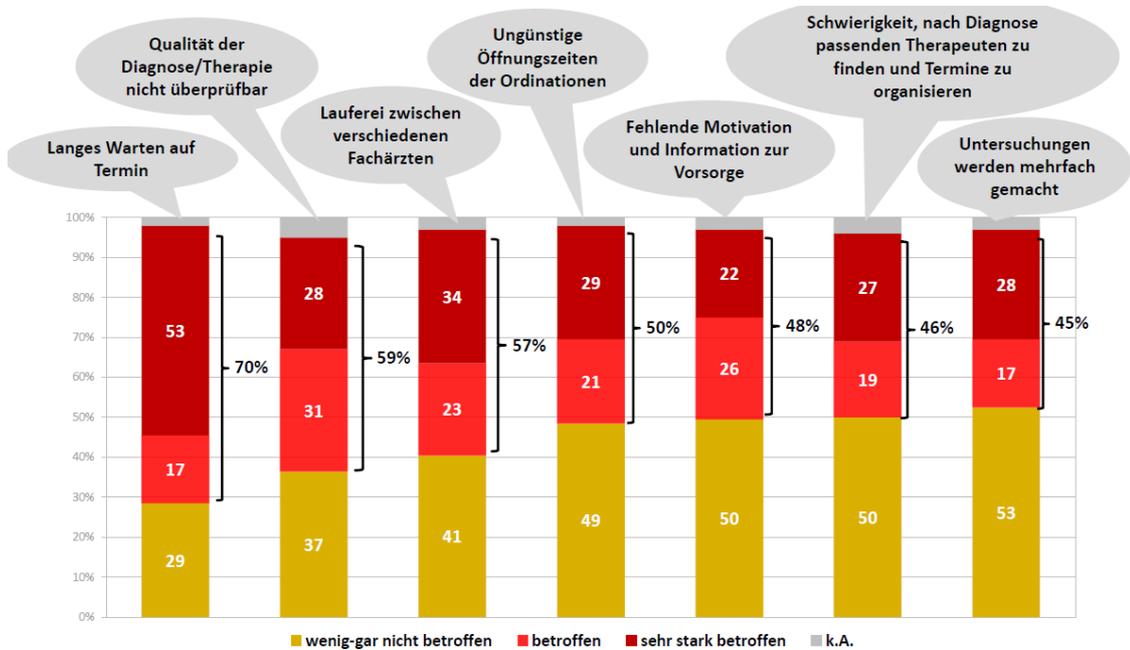
Wartezeiten stehen in Verbindung zu mehreren Qualitätsdimensionen. Wie bereits beschrieben, spielen Effizienzüberlegungen eine zentrale Rolle im Kontext von Wartezeiten. Naheliegend ist der Zusammenhang von Wartezeiten mit der Zeitgerechtigkeit der Versorgung. Wartezeiten können jedoch auch für die Zugänglichkeit bzw. Zugangs-/Chancengleichheit im Gesundheitssystem relevant werden. Dies ist bspw. dann der Fall, wenn die Länge der Wartezeiten mit dem Versicherungsstatus oder anderen nicht medizinisch bedingten Faktoren variiert.

4.4.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen

Zum Thema Wartezeiten auf Termine bei niedergelassenen FachärztInnen wurden in Österreich bereits mehrfach Untersuchungen durchgeführt. Eine PatientInnenbefragung mit 1.100 Befragten (repräsentativ für Wien und Oberösterreich) im Jahr 2016 zeigte, dass das lange Warten auf Termine ein als zentral wahrgenommenes Problem im Gesundheitswesen ist. 70% der Befragten gaben an, sich davon sehr stark betroffen oder betroffen zu fühlen. Wie Abbildung 10 zeigt, sind

lange Wartezeiten somit das häufigsten genannte unter den abgefragten Problemen im Gesundheitswesen.

Abbildung 10: Persönliche Betroffenheit von Problemen im Gesundheitswesen in Österreich



Quelle: Raml (2016)

Im Zuge der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragten Bevölkerungsbefragung 2016 wurden die TeilnehmerInnen zu ihren Erwartungen bzgl. der Zukunft des Gesundheitswesens befragt. Der Aussage, dass sie eine Zunahme der Wartezeiten erwarten, stimmten 71% der Befragten (voll oder eher) zu (Scharitzer et al. 2016).

Die bisher verfügbare empirische Evidenz zu Wartezeiten im niedergelassenen fachärztlichen Bereich zeichnet jedoch ein weniger besorgniserregendes Bild als es die subjektive Wahrnehmung der Bevölkerung vermuten lässt. Dies deutet eventuell auch darauf hin, dass die Toleranz für Wartezeiten in der österreichischen Bevölkerung vergleichsweise niedrig ist. Der Verein für Konsumenteninformation (VKI) führte im Jahr 2008 eine Untersuchung zu den Wartezeiten in 90 Facharztpraxen bei Akutfällen durch. Es zeigt sich, dass in diesen Fällen in der Regel rasch ein Termin vergeben wurde. Jeweils ein/e KassenpatientIn und ein/e SelbstzahlerIn ersuchten telefonisch in ganz Österreich um einen Behandlungstermin bei diversen FachärztInnen. Bei 79% der Anfragen kam es zu einer raschen Terminvergabe innerhalb von zwei Tagen, in mehr als 50% der Fälle erhielten beide Testpersonen noch am selben Tag einen Termin. Nur

in zwei Fällen mussten sowohl Kassen- als auch PrivatpatientInnen länger als eine Woche warten (Verein für Konsumenteninformation 2008).

Eine Problematik, die sich jedoch auch empirisch belegen ließ, ist die teilweise bestehende Ungleichbehandlung von Kassen- und PrivatpatientInnen bei Wartezeiten. Im Jahr 2016 führte der VKI einen weiteren Anruftest bei 61 Instituten, die Magnetresonanztomographien anbieten, durch. Dabei wurden teilweise deutliche Unterschiede im Umgang mit KassenpatientInnen und PrivatpatientInnen festgestellt. Von den 61 Instituten gingen 28 Institute darauf ein gegen Privatzahlung einen früheren Termin für eine Untersuchung zu vergeben (Verein für Konsumenteninformation 2016).

Bei den beschriebenen Studien handelt es sich jedoch nur um einmalige Stichproben, weshalb die Generalisierbarkeit der Ergebnisse begrenzt ist. Ein standardisiertes Monitoring von Wartezeiten, um Ordinationen, Fachgruppen und Regionen zu vergleichen und zu analysieren, wird zurzeit zumindest auf nationaler Ebene noch nicht durchgeführt. In Oberösterreich jedoch analysiert die Gebietskrankenkasse in Kooperation mit der Ärztekammer in mehrjährigen Abständen die Wartezeiten auf Termine in Ordinationen von VertragsfachärztInnen. Hierfür wurden im Jahr 2011 Zielwerte bei den Wartezeiten für verschiedene Fallkategorien vereinbart (Pirngruber und Siegl 2017). Diese sind in Tabelle 9 angeführt. Es wurden unterschiedliche Zielwerte für AkutpatientInnen, PatientInnen mit dringenden Beschwerden, Routinetermine allgemein sowie Routinetermine in den Bereichen Augenheilkunde und Dermatologie definiert.

Tabelle 9: Zielwerte bei Facharztterminen für Oberösterreich

Zielwert AkutpatientInnen	PatientInnen erhalten einen Termin bzw. eine Behandlung am gleichen Tag.
Zielwert PatientInnen mit dringenden Beschwerden	PatientInnen erhalten in der Versorgungsregion bzw. im Einzugsgebiet einen Termin innerhalb von fünf Werktagen.
Zielwert Routinetermin	PatientInnen erhalten in der Versorgungsregion bzw. im Einzugsgebiet einen Routinetermin innerhalb von 40 Werktagen.
Zielwert Routine- und Kontrolltermine für die Fachgruppen Augenheilkunde und Dermatologie	Termine werden innerhalb von drei Monaten vergeben, in Einzelfällen und mit Einverständnis von PatientInnen ist eine Terminvergabe innerhalb von sechs Monaten möglich. PatientInnen mit Zuweisung werden innerhalb von acht Wochen behandelt. Handelt es sich dabei um Akut- oder dringliche Fälle, gilt der oben genannte Zielwert. Kurzfristige Kontrolltermine werden gleich in der Ordination vereinbart. Die Telefone sind zu den Ordinationszeiten ausreichend besetzt und Termine können vereinbart werden.

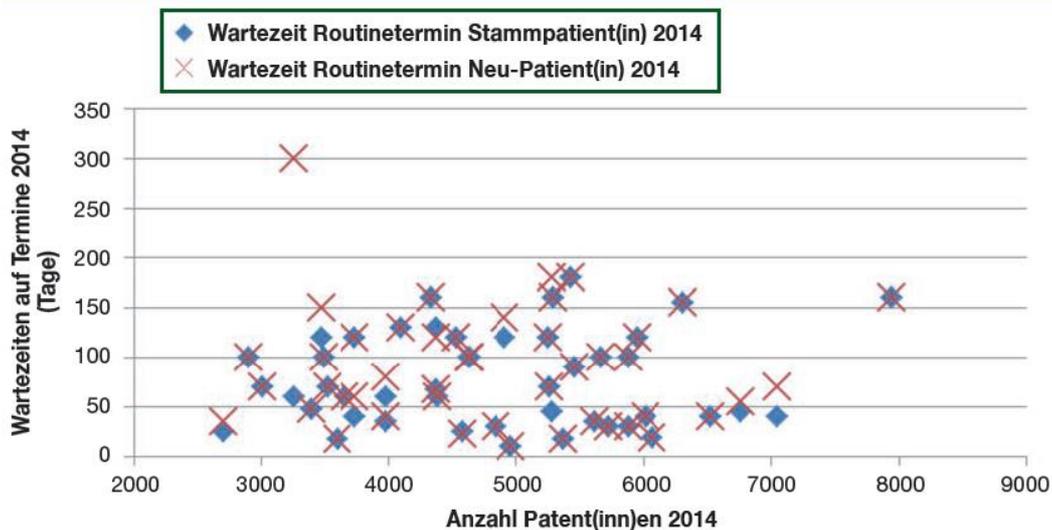
Quelle: Pirngruber und Siegl (2017)

Die jüngste Erhebung aus dem Jahr 2014 zeigte, dass der Zielwert für AkutpatientInnen in allen Facharztordinationen eingehalten wurde. 84,6% aller getesteten Ordinationen konnten den Zielwert von fünf Werktagen bei dringenden Beschwerden einhalten. Sieben Fachgruppen konnten den Zielwert für Routinetermine vollständig einhalten, sowie in vier Fachgruppen über 80% der Ordinationen. In den Fachgruppen Urologie und Augenheilkunde wurden die vereinbarten Zielwerte jedoch noch deutlich verfehlt. (Pirngruber und Siegl 2017)

Worin die Begründungen für lange Wartezeiten liegen, ist in den jeweiligen Fällen schwierig festzustellen. Da das österreichische Gesundheitssystem kein Triagierungssystem enthält, gibt es keine Möglichkeit PatientInnen zu reihen – dies kann zu den langen Terminwartezeiten beitragen. Weiters mangelt es an Bedarfsbewertungen in Regionen mit langen Wartezeiten.

In der oben erwähnten Untersuchung von Pirngruber und Siegl (2017) wurde ergänzend analysiert, wie Terminwartezeiten mit der Auslastung von Facharztpraxen zusammenhängen. Dazu wurden Testanrufe in Ordinationen der Fachgruppen Augenheilkunde, Dermatologie und HNO durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind in Einklang mit einer Vermutung der im Zuge der vorliegenden Studie interviewten ExpertInnen: Lange Terminwartezeiten korrelieren demnach nicht unmittelbar mit der Auslastung einer Ordination und sind eher ein Indiz für ein Managementdefizit. Abbildung 11 zeigt ein Streudiagramm, in dem Wartezeiten auf einen Routinetermin sowie PatientInnenanzahl von 46 Augenarztordinationen in Oberösterreich abgebildet sind. In dem Diagramm ist kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen zu erkennen. Eine erneute Befragung ist für dieses Kalenderjahr geplant. (Pirngruber und Siegl 2017)

Abbildung 11: Streudiagramm zu Wartezeiten und PatientInnenanzahl in Augenarztordinationen in Oberösterreich



Wartezeiten auf Routinetermine für Stammpatienten bzw. neue Patienten laut Wartezeitenmonitoring des Ärztlichen Qualitätszentrums (ÄQZ) vom Frühjahr 2014 und Summe der Patienten des Jahres 2014 in 46 Augenarztordinationen in Oberösterreich. Grafik: OÖGKK 2016

Quelle: Pirngruber und Siegl (2017)

Die Ausbildung von ÄrztInnen in Österreich beinhaltet keine verpflichtenden Elemente zum Thema Zeit- und Terminmanagement. Auch für praktizierende ÄrztInnen gibt es zurzeit keine Weiterbildungen in diesem Bereich. In internationalen Studien gibt jedoch die Mehrheit der befragten ÄrztInnen an, spezielles Training zu benötigen, um ihre Managementkompetenzen verbessern zu können. Das Vermitteln von Zeitmanagement wird als positiv und wertvoll bewertet und es besteht hohes Interesse daran ein derartiges Training in die Ausbildung einzubauen (Berkenbosch et al. 2013; Berkenbosch et al. 2014).

Wartezeiten für Computertomographie (CT)- und MR-Untersuchungen werden in Österreich als ein besonders großes Problem wahrgenommen. Auf einen CT- oder MR-Termin mussten PatientInnen im Schnitt drei bis neun Wochen warten (Verein für Konsumenteninformation 2016). Jedoch wurde in den im Zuge der vorliegenden Studie durchgeführten Interviews von einem Vertragspartner berichtet, dass die Versorgungswirksamkeit durch das Fallen der sogenannten Honorardeckelung im März 2017 deutlich verbessert worden sei. Mit Beginn des Jahres 2018 wurde seitens der Sozialversicherung eine maximale Wartezeit für CT- bzw. MR-Untersuchungen für alle 133 Radiologie-Institute mit Kassenvertrag vorgegeben. CT-Leistungen sollen demnach binnen max. 10 Tagen und MR-Untersuchungen innerhalb von max. 20 Tagen

durchgeführt werden.¹ Dem muss jedoch hinzugefügt werden, dass im internationalen Vergleich Österreich eine übermäßige Nutzung an MR-Untersuchungen zu verzeichnen hat und, nachdem es keine Priorisierung in der Reihung der Anfragen für bildgebende Verfahren gibt, die Bedarfsdeckung für dringende Untersuchungen verzerrt sein kann (siehe auch Kapitel 4.5, Abbildung 17).

Das unabhängige Gesundheitsportal **netdoktor** bietet auf Basis von Eigenangaben der Institute einen Überblick über Wartezeiten auf CT- und MR-Untersuchungen in ganz Österreich. Dabei können die Institute nach Wartezeit gereiht oder durch Eingabe von Ort bzw. Postleitzahl nach Instituten in der Nähe gesucht werden. Für niedergelassene Facharztpraxen gibt es ein vergleichbares Service in Österreich bisher nicht.

In Bezug auf die Terminvergabe ist in Österreich der am weitesten verbreitete Weg über das Telefon. Die telefonische Terminvereinbarung erfordert jedoch, dass man eine/n PraxismitarbeiterIn erreicht (Jones et al. 2010). International nimmt die Nutzung von Online-Terminvergabesystemen zu (Zhao et al. 2017; vgl. Kapitel 4.4.3). Ein Online-Terminvergabesystem ist eine webbasierte Applikation, die es ermöglicht Arzttermine mittels eines internetfähigen Gerätes wie Smartphone, Computer, Laptop oder Tablet zu buchen. Nachdem die Person die Webseite geöffnet hat und einen Termin über den Online-Terminkalender gewählt und gebucht hat, bekommt sie eine automatisch generierte Bestätigung, ohne dass jegliche Intervention einer/eines PraxismitarbeiterIn notwendig ist. Online-Terminvergabesysteme können sowohl für PatientInnen als auch für das Praxisteam den Prozess der Terminvergabe wesentlich erleichtern. Manche Systeme unterstützen auch das Informationsmanagement von gesundheitsbezogenen PatientInnendaten.

Eine Online-Recherche ergab, dass es in Österreich ein Portal zur Online-Terminreservierung namens **OTR24** gibt. Jedoch sind bisher nur wenige ÄrztInnen in diesem Portal registriert, ein großer Teil davon sind zudem WahlärztInnen. Auch von der Möglichkeit, Online-Terminreservierung auf der eigenen Webseite anzubieten, machen nur wenige FachärztInnen Gebrauch.

4.4.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung

Als zentrales Problem im Kontext von Wartezeiten werden von den befragten chronisch kranken PatientInnen nicht nur die Wartezeiten an sich gesehen, sondern insbesondere die wahrgenommene Ungleichbehandlung auf Basis der Zahlungsbereitschaft:

„Naja, wennst zahlst, kommst übermorgen dran.“ (PatientIn)

¹ Siehe <https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/wartezeiten-cr-mr>.

„Ich hab das schon öfters probiert, also nicht für mich, aber andere Leute, da kann man echt in 10 Ambulanzen anrufen oder bei Fachärzten, man kriegt keinen Termin. Manche sagen wirklich: ‚Wenn Sie das bezahlen‘.“ (PatientIn)

In Bezug auf die Begründung von langen Wartezeiten weist ein/e ÄrztekammervertreterIn auf mangelnde Managementkompetenzen von ÄrztInnen bzw. die fehlende Berücksichtigung solcher Kompetenzen in der Ausbildung hin:

„Lange Wartezeiten sind sicherlich manchmal auch ein Managementproblem. In der Ausbildung der Ärzte ist dies kein verpflichtendes Fach, wie etwa Betriebsführung. Manche Ärzte machen zusätzlich freiwillig Kurse, z.B. ‚Der Arzt als Unternehmer‘, dies ist ein Kurs über fünf Wochenenden. Es geht im Grundsätzlichen darum Basis zu vermitteln, wie bspw. Personalmanagement, aber das schon auf der Uni, das würde schon helfen.“ (ÄrztekammervertreterIn)

In den PatientInnenfokusgruppen wurden außerdem Online-Terminbuchungssysteme als mögliche Alternative zur telefonischen Vereinbarung besprochen. Grundsätzlich zeigten sich die befragten PatientInnen positiv eingestellt gegenüber Optionen, welche es ermöglichen, online Facharzttermine zu vereinbaren. Darüber hinaus wurde auch Interesse bekundet an der Möglichkeit online Terminoptionen bei verschiedenen FachärztInnen zu vergleichen:

„Ja, sowas könnte man nützen.“ (PatientIn)

„Wenn es etwas ist, was dringend ist, dann ist mir natürlich sowas lieber, denn da sehe ich auf einen Blick wer hat den frühestmöglichen Termin und muss nicht zuerst alle anrufen.“ (PatientIn)

Ein/e PatientIn hatte bereits Erfahrung mit Online-Terminbuchung auf der Webseite eines Augenarztes, beurteilte die Benutzerfreundlichkeit jedoch als mangelhaft:

„Ich hab das zweimal probiert bei meinem Augenarzt, weil ich telefonisch nicht durchgekommen bin. Dann hab ich den Termin gemacht und da wär auch ein Gesichtsfeld gewesen und da komm ich dahin dann, sag ich: ‚Gesichtsfeld‘, dann sagt sie: ‚Na, das hättens sagen müssen, das geht nur für Routineüberprüfungen.‘ Ich mein, dann bringt das eh nix.“ (PatientIn)

Ein/e weitere/r PatientIn sah die Option der Online-Terminbuchung insofern kritisch, als sie/er den persönlichen Kontakt im Rahmen der telefonischen Vereinbarung schätzt und diese daher der Online-Buchung vorzieht:

„Sonst ruf ich schon an und nicht übers Internet, weil ich da ja schon das Problem mit ihr besprechen kann und schaun kann wo soll es jetzt hingehen. [...]weil mir der persönliche Kontakt sehr wichtig ist.“ (PatientIn)

4.4.3 Internationale Lösungsoptionen

In **Deutschland** wurden sogenannte **Terminservicestellen** durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet. Das Konzept wurde im Zuge einer Gesundheitsreform im Jahr 2015 eingeführt. Bei den Terminservicestellen handelt es sich um einen telefonischen Dienst, der gesetzlich krankenversicherten PatientInnen einen Facharzttermin innerhalb von einer Woche in zumutbarer Entfernung vorschlagen soll. Voraussetzung dafür ist eine Überweisung von einer/einem HausärztIn, ausgenommen bei Terminvermittlung zu Augen- und FrauenärztInnen. Die obere Wartezeitgrenze beträgt vier Wochen. Sollte kein Termin innerhalb dieser Zeit verfügbar sein, wird die/der PatientIn zur ambulanten Behandlung in ein Krankenhaus vermittelt. Ausgenommen von der oberen Wartezeitgrenze sind Routineuntersuchungen sowie die Behandlung von Bagatellerkrankungen. Für diese Fälle ist lediglich vorgegeben, dass ein Termin in einer „angemessenen Frist“ zu vermitteln ist.

Bisher wurden Terminservicestellen nicht im erwarteten Maß von der Bevölkerung angenommen. Dies wird u.a. darauf zurückgeführt, dass PatientInnen bei der Terminvermittlung keinen Anspruch auf freie Arztwahl haben sowie dass die Vermittlung in wirklich dringenden Fällen ohnehin direkt erfolgt. Aus diesem Grund sollen die Terminservicestellen im Zuge einer Reform 2019 gestärkt werden – u.a. sollen ÄrztInnen eine extrabudgetäre Vergütung erhalten, wenn sie PatientInnen behandeln, die durch eine Terminservicestelle vermittelt wurden. Neben einer Ausweitung der Mindestsprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden werden zudem einige Fachgruppen dazu verpflichtet, mind. 5 Wochenstunden als offene Sprechstunden anzubieten. Weiters sollen die Terminservicestellen in Zukunft rund um die Uhr über eine einheitliche Rufnummer erreichbar sein und auch Termine bei Haus- und KinderärztInnen vermitteln. An einem Online-Service wird ebenfalls gearbeitet. (Czypionka und Achleitner 2018b)

Zum einen bewerteten die in der vorliegenden Studie befragten ExpertInnen Terminservicestellen als eine sinnvolle Option für das österreichische Gesundheitssystem – z.B. gekoppelt an die „Gesundheitsberatung 1450“ –, zum anderen haben sie jedoch auch Bedenken, ob die niedergelassenen FachärztInnen bereit wären ihr Terminmanagement extern organisieren zu lassen.

Online-Terminbuchungssysteme werden bereits in mehreren Ländern erfolgreich eingesetzt. In **Deutschland** bietet die Plattform **Jameda** derzeit ca. 1 Million online buchbare Termine pro Monat bei insgesamt 275.000 registrierten ÄrztInnen an und beinhaltet darüber hinaus 2 Millionen Bewertungen von PatientInnen. Laut Deutscher

Ärztekammer waren um Jahr 2017 ca. 385.000 ÄrztInnen in Deutschland tätig¹ – ein großer Teil der ÄrztInnen in Deutschland ist also auf der Plattform eingetragen. Das Interface ist benutzerfreundlich gestaltet und es können verschiedene Filter, wie bspw. die Versicherungsart, angewendet werden. Die Benutzeroberfläche ist in Abbildung 12 dargestellt.

Abbildung 12: Online-Terminvergabesystem Jameda in Deutschland, Benutzeroberfläche

Augenärzte in Berlin (4 Treffer)

Liste Karte Online buchbar (5) sortiert nach Relevanz

1 km 100 km Alle Stadtteile
 um Zentrum Berlin
 > Ort ändern
 > Ort per Karte verändern

Wie sind Sie versichert?
 Gesetzlich versichert
 Privat versichert

	Mo 13. 11.	Di 14. 11.	Mi 15. 11.	Do 16. 11.	Fr 17. 11.	Sa 18. 11.	So 19. 11.
<p>1 4,7 km</p> <p>Dr. med. Bernhard Febrer Bowen Manfred-von-Richthofen-Straße 8 12101 Berlin Arzt</p> <p>Note 1,2 214 93 %</p>				09:00 09:30 10:00 11:30 weitere v			
<p>2 4,0 km</p> <p>Dr. med. Safwan Rihawi Bergmannstr. 5 10961 Berlin Arzt</p> <p>Note 1,1 94 93 %</p>	17:30 18:00	09:00 09:30 10:00 10:30 weitere v	11:00 11:30 12:00 12:30 weitere v			11:00 11:30 12:00 12:30 weitere v	
<p>3 6,2 km</p> <p>Dr. Majid Hashemzadeh Uhländstr. 158 10719 Berlin Arzt</p> <p>Note 1,1 55 94 %</p>			14:15 14:30	14:20 15:30 16:00			

Quelle: www.jameda.de (2018)

¹ Vgl. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/>.

Abbildung 13: Online-Terminvergabesystem Jameda in Deutschland, beispielhafte Terminbuchung

Quelle: www.jameda.de (2018)

In der Buchungsphase kann die/der PatientIn einen Behandlungsgrund hinterlassen und bekommt den Hinweis, sich bei dringenden Fällen direkt an die/den ÄrztIn mit der jeweiligen Telefonnummer zu wenden (vgl. Abbildung 13).

In den **Niederlanden** wird durch das Gesundheitszentrum PluhZ die Plattform „*zoek boek zorg*“ angeboten, sowohl als Webseite als auch als mobile App. Die Anzahl der registrierten ÄrztInnen ist auf dieser Plattform jedoch noch vergleichsweise niedrig, in erster Linie sind RadiologInnen registriert. Die Plattform bietet die Möglichkeit den Zeitraum auszuwählen, in welchem man einen Termin möchte, d.h. man kann auf diese Weise auch eine maximal akzeptierbare Wartezeit auswählen. Weiters gibt es die Option nach Registrierung auf der Plattform eine Chatfunktion zu nützen, um so direkt mit dem Personal der ausgewählten Praxis in Kontakt zu treten.

Ähnlich funktioniert *afspraken.be* in **Belgien**. Auch hier können PatientInnen in einem ausgewählten Radius AllgemeinmedizinerInnen oder FachärztInnen suchen, Wartezeiten vergleichen und direkt Termine buchen.

Über 1,1 Mio. PatientInnen haben bereits einen Termin über das Startup *doctor anytime* in **Griechenland** gebucht. Auch hier können ÄrztInnen nach Fachgebiet, in einem bestimmten Umkreis und nach Versicherung der/des PatientIn gesucht werden.

In **England** ist Wartezeitenmanagement seit Jahren ein zentrales Thema. Vom NHS wurden folgende maximale Wartezeiten festgelegt: Für nicht-dringende Überweisungen gilt eine maximale Wartezeit von 18 Wochen, für dringende Überweisungen bei Verdacht auf Krebserkrankungen gilt eine maximale Wartezeit von zwei Wochen (NHS Choices 2016). PatientInnen haben auch die Möglichkeit Wartezeiten für ambulante Termine via dem **NHS e-Referral Service** zu vergleichen und direkt einen Termin zu buchen. Zu diesem Zweck müssen PatientInnen lediglich die Überweisungsnummer auf ihrem Überweisungsschein sowie einen Zugangscode, den sie von der/dem überweisenden Institution bzw. ÄrztIn erhalten haben, in das Portal eingeben.

Wie bereits erwähnt, gehen ExpertInnen davon aus, dass lange Wartezeiten teilweise auch auf mangelnde betriebswirtschaftliche Kompetenzen der ÄrztInnen bzw. ihrer MitarbeiterInnen zurückzuführen sind. In England gibt zu diesem Zweck das Berufsbild der sogenannten *practice managers* eingeführt. Diese sind zuständig für das Organisieren betriebswirtschaftlicher Abläufe in Allgemeinmedizinerpraxen bzw. –zentren. Zu ihren Aufgaben gehören bspw. Unternehmensplanung, Finanzmanagement, Terminmanagement, Personalmanagement und Verwaltung von IT-Systemen. *Practice managers* müssen nicht notwendigerweise eine Ausbildung im Gesundheitsbereich haben, sondern es wird vielmehr Wert auf Managementkompetenzen gelegt. Es können daher Personen aus unterschiedlichen Berufsfeldern eingesetzt werden, nachdem sie ein entsprechendes Training durchlaufen haben. In größeren Praxen bzw. Zentren kann die Rolle auch auf einen *business manager* (betriebswirtschaftliche Aufgaben im engeren Sinne) und einen *administrative manager* (Management von Praxisabläufen und Personal) aufgeteilt werden.¹

Zusammenfassende Betrachtung & Implikationen

Dieses Kapitel befasste sich mit dem Aspekt Terminwartezeiten im extramuralen fachärztlichen Bereich und identifizierte folgende Verbesserungspotenziale:

- *Die Literatur zeigt, dass es in Österreich v.a. für bestimmte Facharztgruppen, wie AugenärztInnen, lange Wartezeiten in Österreich gibt. Da ein strukturiertes Erfassen der Ursache dafür fehlt, ist es unklar, zu*

¹ Siehe <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/management/roles-management/practice-manager> bzw. <https://www.bma.org.uk/advice/employment/gp-practices/service-provision/prescribing/advice-for-dispensing-gps/the-gp-practice/running-a-general-practice>.

welchem Teil die langen Wartezeiten auf Unterversorgung, ineffizientes Terminmanagement oder fehlende Versorgungskoordination in Österreich zurückzuführen sind.

- Die Ergebnisse der Erhebungen in Bezug auf Terminvergaben für Akutfälle fielen jedoch positiv aus.
- Es gibt keine nationalen Wartezeitenzielvereinbarungen für den gesamten extramuralen fachärztlichen Bereich zwischen Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern, die ein Monitoring und Evaluierung der Wartezeiten in einer strukturierten Weise zwischen Regionen und Zeiträumen zulassen würden.
- Optionen, um online Termine zu buchen, sind in Österreich noch wenig vorhanden.
- Unterschiede im Umgang mit Privat- und KassenpatientInnen werden sowohl in der Literatur als auch durch die im Zuge der Studie befragten PatientInnen wahrgenommen.

Zu der Online-Terminvergabe gibt es folgende Meinungen in den durchgeführten Interviews und Fokusgruppen:

- Online-Terminvergabeoptionen werden von den ExpertInnen als gute Möglichkeit gewertet, jedoch wird angenommen, dass sich FachärztInnen ihr Terminmanagement nicht fremdbestimmen lassen wollen.
- PatientInnen bewerten diese Option als hilfreich, jedoch nur wenn das Service entsprechend benutzerfreundlich gestaltet ist.

Die folgenden Empfehlungen können für die Forschung und Politik abgeleitet werden:

Implikationen für die Forschung:

- Eine Liste von Verdachtsdiagnosen, die einen Akutfall darstellen, sollte erarbeitet werden. Diese Fälle stellen eine Situation dar, die tatsächlich zeitnahe Versorgung und Abklärung benötigen: Die Fachgesellschaften könnten aufgefordert werden, solcherart Checklisten schon für die Praxisassistenz zu erstellen.
- Eine Evaluierung der Ursache von langen Wartezeiten sollte durchgeführt werden. Wartezeiten aufgrund von Bedarf an zusätzlichen Facharztstellen durch Unterversorgung haben andere Implikationen als Wartezeiten aufgrund ineffizienten Praxismanagements oder mangelnder Koordination.

- *Die identifizierte unterschiedliche Behandlung von Privat- und KassenpatientInnen in Bezug auf Wartezeiten ist als besonders problematisch zu bewerten. Um die Größe des Problems einzuschätzen, ist eine systematische Evaluation auf nationaler Ebene erforderlich.*
- *Optionen zur PatientInnenriagierung, welche es ermöglichen PatientInnen zu reihen und akuten Fällen schnellere Hilfe zu gewährleisten, sollten geprüft werden.*

Implikationen für die Politik und Entscheidungsträger:

- *Wartezeiten sind nicht per se schlecht, sondern Ausdruck knapper Ressourcen. Sie sollten nur nicht für PatientInnen unangenehm oder gar schädlich lang werden. Dieser Unterschied sollte kommuniziert werden, z.B. mit Richtwartezeiten.*
- *Eine Implementierung von Wartezeitenzielvereinbarungen (nach dem Beispiel der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse) zwischen Krankenversicherungsträgern und den Ärztekammern im Rahmen der Gesamtverträge. Schon das Existieren solcher Zielwartezeiten stärkt das Bewusstsein.*
- *Ein standardisiertes Monitoring der Wartezeitenzielvereinbarungen, dessen Ergebnisse über Zeiträume und zwischen Regionen verglichen werden können. Dies kann auch als Grundlage für das Erkennen von Engpässen genutzt werden.*
- *Das Nutzen von benutzerfreundlicher Technologie im Wartezeitenmanagement: Die Implementierung einer Online-Terminbuchungslösung, welche eine Übersicht von FachärztInnen auflistet sowie deren erstmögliche Terminoption angibt und ein direktes Buchen eines Termins ermöglicht.*
- *Eine Integration von Praxismanagementmodulen in die Ausbildung von ÄrztInnen und/oder Weiterbildungen für Facharztpraxen zum Thema Zeit- und Terminmanagement, v.a. für jene, die Wartezeitenzielvereinbarungen nicht einhalten können.*
- *Betriebswirtschaftliche Unterstützung hinsichtlich der Praxisorganisation in Form von Anlaufstellen anbieten, die durch die Systempartner organisiert und umgesetzt werden könnten. Die Unterstützung könnte das Aufgabengebiet eines practice managers, wie es sie in größeren Praxen*

bspw. in England gibt, abdecken.

- *E-Überweisungen könnten bereits den Grund der Überweisung bzw. die Verdachtsdiagnose beinhalten. So kann das Institut bzw. die Praxis, zu der überwiesen wird, eine Priorisierung vornehmen.*

4.5 Versorgungsunterschiede & Unterversorgung

Das Ziel eines Gesundheitssystems sollte sein, bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung in effizienter Weise, unter der Berücksichtigung von PatientInnenwünschen, zu gewährleisten (Murray et al. 2000). Um gute Versorgung garantieren zu können, ist es u.a. nötig, hinreichende Finanzierung, Humankapital, medizinische Produkte und Technologie zur Verfügung zu haben (World Health Organization 2010). Diese Produktionsfaktoren müssen jedoch nicht nur in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, sondern auch so eingesetzt werden, dass in der Bereitstellung von Leistungen nicht zwischen verschiedenen Regionen oder Gruppen von Versicherten diskriminiert wird. Idealerweise sollte es somit weder zu Unterversorgung noch zu Versorgungsunterschieden zwischen verschiedenen Regionen bzw. Versichertengruppen kommen.

Beobachtete Variation in der Versorgung ist jedoch nicht unmittelbar ein Indiz für Ineffizienz. Lediglich jene Variation ist nicht wünschenswert, die nicht durch die Krankheit, die medizinische Evidenz oder den PatientInnenwunsch erklärt werden kann (ungerechtfertigte Variation – *unwarranted variation*) (Wennberg 2010). Diese ungerechtfertigte Variation gilt es zu identifizieren und zu vermeiden.

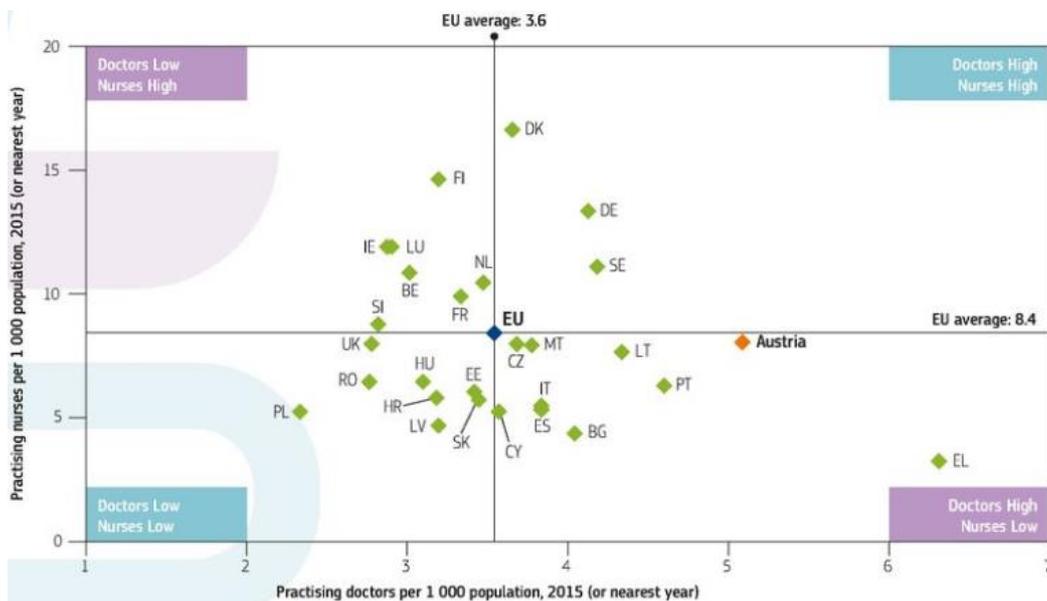
Versorgungsunterschiede und Unterversorgung stehen primär mit der Qualitätsdimension der Zugänglichkeit bzw. Zugangs-/Chancengleichheit in Zusammenhang. Bestehen Versorgungsunterschiede, so ist das Kriterium des gleichen Zugangs zu Leistungen nicht erfüllt. Auch die Effektivität sowie die Zeitgerechtigkeit der Versorgung sind maßgeblich davon abhängig, ob ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig kommt hier wiederum der Effizienzgedanke zum Tragen, weil auf der anderen Seite ressourcenverschwendende Überversorgung vermieden werden soll.

4.5.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen

Österreich wird im internationalen Vergleich in Bezug auf das vorhandene Humankapital sehr hoch gereiht. Während die OECD-Länder im Schnitt 3,6 ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen zählen, weist Österreich mit 5,1 ÄrztInnen pro 1.000

EinwohnerInnen nach Griechenland die zweitgrößte ÄrztInnen-dichte unter den OECD-Ländern auf (OECD 2017). Abbildung 14 zeigt die Anzahl sowohl von praktizierenden ÄrztInnen als auch von praktizierenden Pflegekräften pro 1.000 EinwohnerInnen im EU-Vergleich für das Jahr 2015. Die Grafik macht deutlich, dass Österreich in Bezug auf die Dichte von Pflegekräften in etwa im EU-Durchschnitt liegt, wobei jedoch zu beachten ist, dass für Österreich ausschließlich in Spitälern beschäftigte Pflegekräfte enthalten sind. Die ÄrztInnen-dichte hingegen liegt in Österreich deutlich über dem EU-Schnitt.

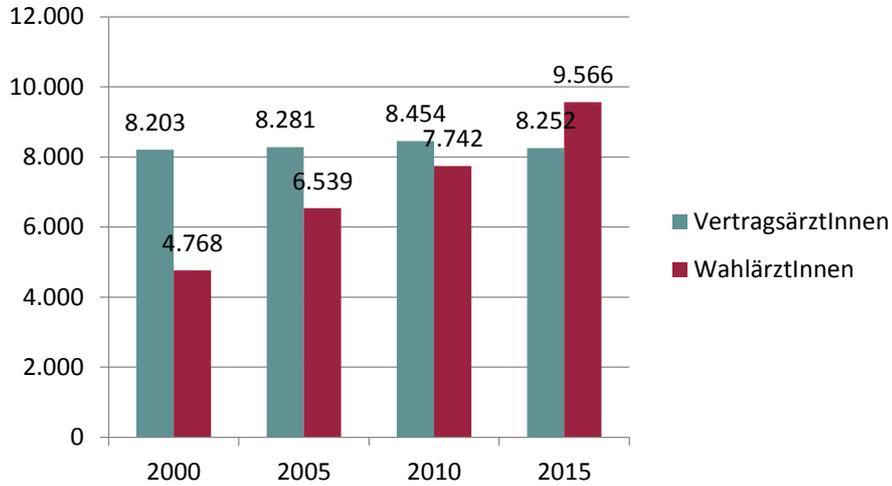
Abbildung 14: Anzahl von praktizierenden Pflegekräften und ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen im EU-Vergleich, 2015



Quelle: OECD (2017)

Im Kontext der ÄrztInnen ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den OECD-Zahlen kein Unterschied zwischen VertragsärztInnen und WahlärztInnen gemacht wird. Eine Aufschlüsselung nach VertragsärztInnen und WahlärztInnen zeigt, dass sich die Anzahl der WahlärztInnen zwischen 2000 und 2015 fast verdoppelt hat (2000: N=4.768; 2015: N=9.566), wohingegen die Anzahl der VertragsärztInnen im Jahr 2015 (N= 8.252) beinahe gleich hoch war wie fünfzehn Jahre zuvor (2000: N=8.203; 2015: N=8.252). In Abbildung 15 ist diese zeitliche Entwicklung illustriert. Zu beachten ist dabei jedoch, dass es sich bei den genannten Zahlen um die Kopfanzahl handelt, welche nicht notwendigerweise die versorgungswirksamen Kapazitäten abbildet. Weiters umfassen die in der Grafik dargestellten VertragsärztInnen sowohl jene mit § 2-Kassenvertrag als auch jene, die nur Verträge mit sogenannten kleinen Kassen abgeschlossen haben.

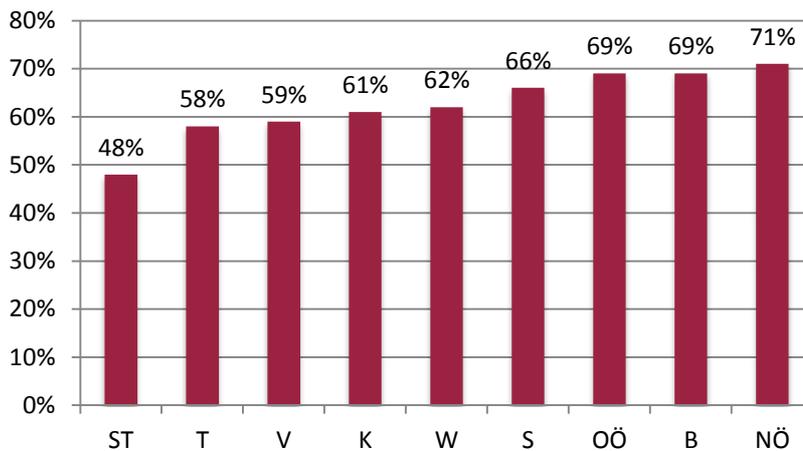
Abbildung 15: Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen mit und ohne Kassenvertrag in Österreich, 2000-2015



Quelle: OECD (2017), Österreichische Ärztekammer (2018); Darstellung: IHS (2018)

Betrachtet man den Anteil der WahlärztInnen pro Bundesland, so lässt sich erkennen, dass es diesbezüglich deutliche Unterschiede zwischen den Regionen gibt. Der Anteil der WahlärztInnen an der Gesamtheit der niedergelassenen ÄrztInnen in Österreich beträgt 63%. In manchen Regionen ist das Verhältnis zwischen Vertrags- und WahlärztInnen jedoch ausgeglichener als in anderen – so liegt der Anteil der WahlärztInnen in der Steiermark bei 48%, während er in Niederösterreich 71% beträgt. Abbildung 16 zeigt die entsprechenden Anteile für alle Bundesländer.

Abbildung 16: Anteil (in %) von praktizierenden WahlärztInnen an niedergelassenen ÄrztInnen, nach Bundesländern



Quelle: LSE (2017), IHS (2017); Darstellung: IHS (2018)

Auch in Bezug auf medizinische Geräte lassen sich anhand des österreichischen Großgeräteplans Unterschiede in den Regionen feststellen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2012). Sechs Gerätetypen sind im österreichischen Großgeräteplan verzeichnet: Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MR), Emissions-Computer-Tomographiegerät (ECT), Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegerät (STR), Coronarangiographische Arbeitsplätze (COR) sowie Positronen-Emissions-Tomographiegerät (PET).

Bei CT und MR gibt es aktuell mehr Geräte als im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgesehen (CT: SOLL: 232, IST: 251; MR: SOLL: 167, IST: 182). Bei ECT und COR liegt die Anzahl der vorhandenen Geräte ebenfalls leicht über dem Sollwert (ECT: SOLL = 94, IST = 96; COR: SOLL = 43, IST = 49). Bei den restlichen Großgeräten wird der vorgesehene Wert nicht erreicht. Während es sich bei PET lediglich um zwei Geräte handelt (PET: SOLL: 22, IST: 20), liegt der Unterschied bei STR bei vierzehn Geräten (STRs: SOLL: 57, IST: 43). In der Steiermark wären neun STR vorgesehen, tatsächlich gibt es jedoch nur vier Geräte. In Tabelle 10 sind die tatsächlichen und vorgesehenen Werte nach Gerätetyp, Institution und Bundesland angeführt.

Tabelle 10: Großgeräteplan Österreich

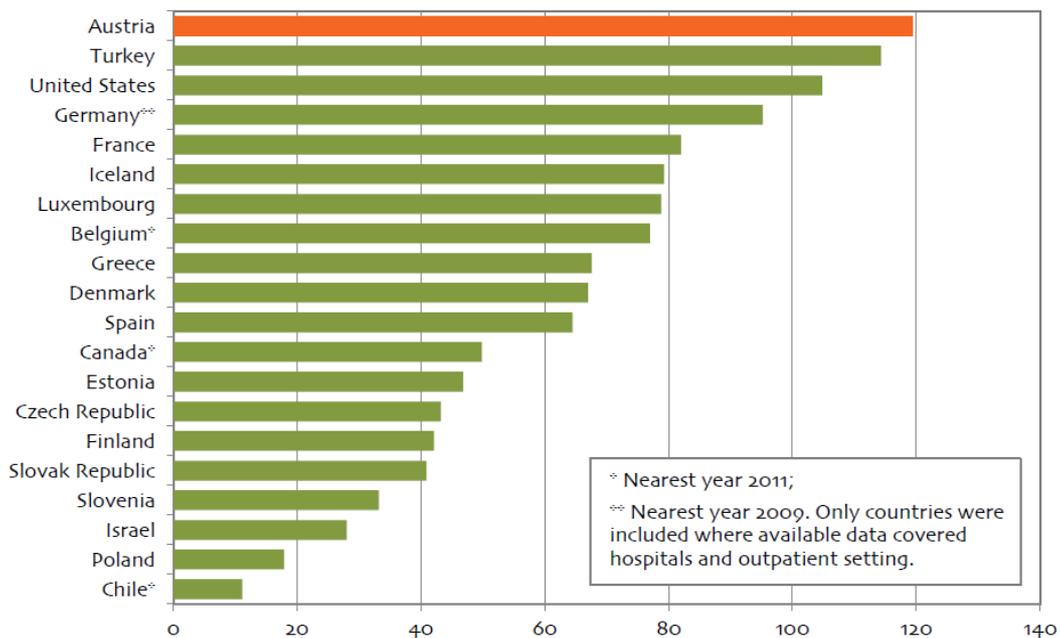
		CT		MR		ECT		STR		COR		PET	
		IST	SOLL										
Burgenland	GG in Fonds-KA	5	5	2	4	1	1	0	0	1	1	0	0
	GG in sonstigen Akut-KA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	4	3	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0
	Gesamt	9	8	4	5	3	3	0	0	1	1	0	0
Kärnten	GG in Fonds-KA	9	10	6	8	3	5	3	4	2	3	1	2
	GG in sonstigen Akut-KA	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	6	6	4	3	0	0	0	0	1	0	0	0
	Gesamt	17	17	12	12	4	6	3	4	3	3	1	2
NÖ	GG in Fonds-KA	24	24	11	12	6	7	6	9	7	7	2	2
	GG in sonstigen Akut-KA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	18	15	18	12	4	5	1	1	0	0	1	0
	Gesamt	42	39	29	24	10	12	7	10	7	7	3	2
OÖ	GG in Fonds-KA	21	20	12	14	18	18	7	7	7	6	4	4
	GG in sonstigen Akut-KA	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
	GG im extram. Bereich	11	9	8	8	1	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt	34	31	21	23	20	19	7	7	8	7	4	4
Salzburg	GG in Fonds-KA	9	9	5	5	5	5	3	4	3	3	1	2
	GG in sonstigen Akut-KA	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	7	5	5	3	0	0	0	0	1	0	0	0
	Gesamt	18	16	11	9	6	6	3	4	4	3	1	2
Steiermark	GG in Fonds-KA	27	27	12	13	9	9	4	9	6	5	2	3
	GG in sonstigen Akut-KA	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	15	14	15	11	5	3	0	0	0	0	0	0
	Gesamt	45	43	30	26	14	12	4	9	6	5	2	3
Tirol	GG in Fonds-KA	15	16	11	13	4	5	5	5	4	4	2	2
	GG in sonstigen Akut-KA	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	9	5	9	4	2	2	0	0	0	0	0	0
	Gesamt	25	22	21	18	6	7	5	5	4	4	2	2
Vorarlberg	GG in Fonds-KA	6	6	3	4	2	3	3	3	1	2	1	1
	GG in sonstigen Akut-KA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	2	1	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt	8	7	9	8	2	3	3	3	1	2	1	1
Wien	GG in Fonds-KA	25	28	18	22	22	20	11	15	12	10	4	6
	GG in sonstigen Akut-KA	5	5	5	3	1	1	0	0	3	1	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	GG im extram. Bereich	23	16	22	17	8	5	0	0	0	0	2	0
	Gesamt	53	49	45	42	31	26	11	15	15	11	6	6
Österreich	GG in Fonds-KA	141	145	80	95	70	73	42	56	43	41	17	22
	GG in sonstigen Akut-KA	15	13	14	9	2	2	0	0	3	1	0	0
	GG in Reha-Zentren	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0
	GG im extram. Bereich	95	74	88	63	22	17	1	1	2	0	3	0
	Gesamt	251	232	182	167	96	94	43	57	49	43	20	22

Anmerkung: IST - aktuelle Anzahl der Großgeräte, SOLL - Anzahl der Großgeräte laut ÖSG

Quelle: BMGF – ÖSG (2017)

Aus internationaler Perspektive zeigt sich jedoch, dass es in Österreich eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme von MR-Untersuchungen gibt. Die MR-Nutzungsrate ist in Österreich mit mehr als 100 MR-Untersuchungen pro 1.000 EinwohnerInnen im OECD-Vergleich am höchsten (Emprechtinger et al. 2016), wie in Abbildung 17 ersichtlich ist.

Abbildung 17: Anzahl MR-Untersuchungen pro 1.000 EinwohnerInnen im niedergelassenen und stationären Bereich, EU-Vergleich



Quelle: Emprechtinger et al. (2016)

Wahrscheinliche Begründungen für die hohe Nutzung sind oftmals nicht leitlinienkonforme Zuweisung und der daraus folgende unzureichend gesteuerte Zugang zu bildgebenden Verfahren. Ein übermäßiger Einsatz von medizinischen Interventionen ist nicht nur mit einem hohen Ressourceneinsatz verbunden, sondern kann auch potenziell gesundheitsschädigende Effekte für PatientInnen zur Folge haben (NHS England 2015). Zusätzlich erhöhen unnötige Untersuchungen die Wartezeiten für PatientInnen mit sehr wohl indizierten oder sogar dringenden Untersuchungen.

In der Literatur werden auch Versorgungsunterschiede zwischen städtischem und ländlichem Versorgungsraum angesprochen. In der bereits erwähnten qualitativen Studie von Kolland et al. (2017) mit Personen, die mindestens einen Facharztbesuch im vergangenen Jahr hatten, wurden solche Unterschiede zwar nicht als Problem thematisiert. In der ebenfalls bereits erwähnten Studie von Riffer und Schenk (2015), welche die Erfahrung von Armutsbetroffenen im Gesundheitswesen untersucht, wird das Thema jedoch sehr wohl aufgegriffen. Einige der befragten Personen gaben an,

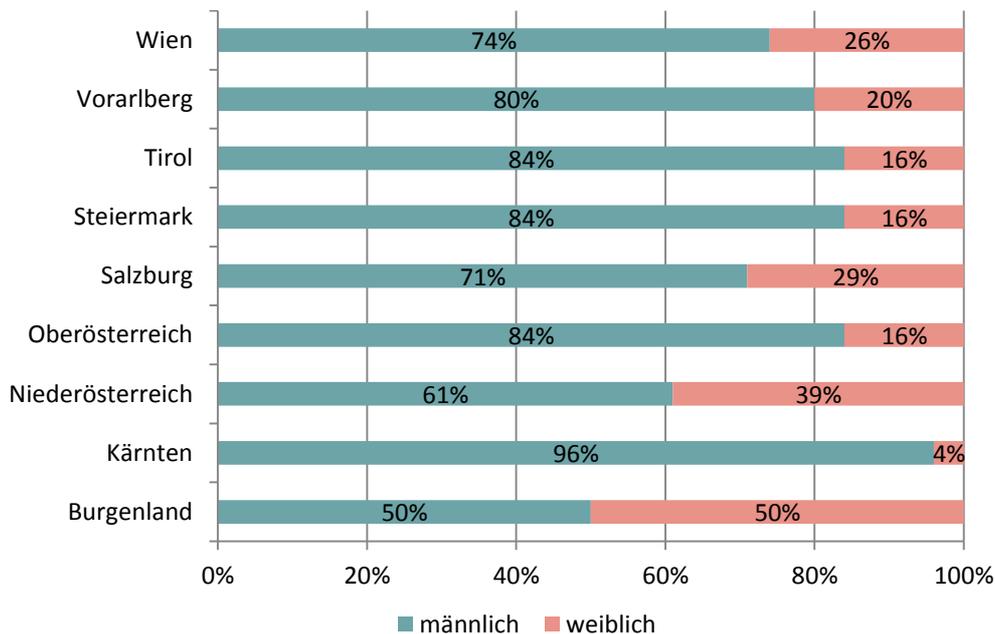
dass die räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen im ländlichen Raum für sie ein Problem darstelle. Dies betrifft Armutsbetroffene insofern besonders, als im ländlichen Raum oft schon kleinere Wege ohne Auto kaum machbar sind, speziell wenn die Betroffenen durch eine Krankheit eingeschränkt sind (Riffer und Schenk 2015).

Des Weiteren lassen sich auch zwischen verschiedenen Gruppen von Versicherten in Bezug auf Leistungen teilweise beachtliche Unterschiede feststellen. Dieser Umstand wurde bspw. in der aktuellen Studie der London School of Economics zur Effizienz im österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitswesen untersucht. So sind zwar Leistungen im Krankenhaus und bei Medikamenten für Versicherte in Österreich weitgehend gleich, jedoch wurden bei Zahnersatz, Hilfsmitteln und Heilbehelfen sowie bei nichtärztlichen Leistungen (z.B. Ergo- oder Psychotherapie) noch entscheidende Leistungsunterschiede identifiziert (LSE 2017). In der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragten Bevölkerungsbefragung 2016 gab jedoch jede/r fünfte Befragte (21%) bei freier Nennung an, dass „Gleichbehandlung“ für sie sehr wichtig sei. Dies betreffe insbesondere Leistungsunterschiede bei Zuzahlungen der Versicherten (z.B. abnehmbare Zahnsparren, Blutzuckermessgeräte), bei Zuschüssen durch die Kasse (z.B. Perücken, Rollstühle), und beim Leistungsumfang (z.B. Krankentransporte, Blutzuckerteststreifen, PAP-Abstriche). Das Problem der Leistungsunterschiede wurde dementsprechend von der Sozialversicherung bereits in Angriff genommen. In einer Evaluierung wurden insgesamt 23 Leistungsbereiche identifiziert, bei denen es unterschiedliche Handhabungsweisen in den verschiedenen Krankenkassen gibt bzw. gab. Daraufhin wurde ein Harmonisierungspaket beschlossen, im Zuge dessen mit Jänner 2018 zwei Drittel der bestehenden Leistungsunterschiede behoben wurden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017b).

Teilweise große Unterschiede zwischen den Regionen lassen sich auch bei dem Anteil der weiblichen Ärztinnen für den Fachbereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe feststellen. Dieser Aspekt ist insofern von Interesse, als die Mehrheit der Frauen vorzugsweise weibliche Gynäkologinnen aufsucht (Janssen und Lagro-Janssen 2012). Aus einer Erhebung der Sozialversicherung im Jahr 2014 wurde ersichtlich, dass der Frauenanteil unter den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag der Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe lediglich bei 23% lag (Föbleitner et al. 2017). Während es im Burgenland ein Gleichgewicht zwischen männlichen und weiblichen FachärztInnen für den Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe gab, waren in Tirol, der Steiermark und Oberösterreich nur 16% weibliche Fachärztinnen für diesen Fachbereich registriert. Noch kleiner war der Anteil von weiblichen Fachärztinnen in Kärnten: Hier gab es lediglich 4% weibliche Fachärztinnen für den Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Diese schiefe Verteilung wird aber schon aufgrund

der Mechanik der Besetzung von Stellen im Gesamtvertrag auch angebotsseitige Ursachen haben, also die geringe Zahl der BewerberInnen bzw. der FachärztInnen. In Abbildung 15 ist die Geschlechteraufteilung der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach Bundesland abgebildet. Angesichts dieses Ungleichgewichts werden seit 2009 bei der Vergabe von Einzelverträgen weibliche Gynäkologinnen bevorzugt, was 2014 vom Verfassungsgerichtshof als zulässig beurteilt wurde (Gregoritsch 2015).

Abbildung 18: Geschlechteraufteilung der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag*, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2014



*freiberuflich tätige ÄrztInnen mit kurativem Einzelvertrag mit einer Gebietskrankenkasse (GKK) und nach § 2 der Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen folglich auch mit den im jeweiligen Bundesland vertretenen Betriebskrankenkassen und der SVB
 Quelle: Föbleitner et al. (2017), Darstellung: IHS (2018)

Evidenz zur Variation in der Behandlung von PatientInnen in Österreich gibt es kaum. Lediglich ein Artikel des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger befasste sich mit diesem Thema. Konkret analysiert der Bericht die Variation im Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich mit besonderem Fokus auf Kinder. Analysiert wurden 1.674.489 Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre im Jahr 2015. Die Auswertung zeigte, dass Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre in allen Bundesländern (ausgenommen Salzburg und Vorarlberg) häufiger Antibiotika verordnet bekamen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Österreichweit lag der Anteil bei 35% im Gegensatz zu 33% bei allen Anspruchsberechtigten. Beinahe durchgängig höher war die Verordnungsprävalenz bei Mädchen/Frauen als bei Buben/Männern. Darüber hinaus

konnte man feststellen, dass Kinder im Vorschulalter mit 42% häufiger Antibiotika verordnet bekommen als Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 19 Jahren (31%). Eine Auswertung nach Indikationen und Altersgruppen könnte helfen die beobachtete Variation besser zu erklären. Da jedoch die Diagnosen der Antibiotikaverordnung nicht registriert sind, ist eine Diagnosen-bezogene Auswertung nicht möglich (Schiller-Frühwirth 2017).

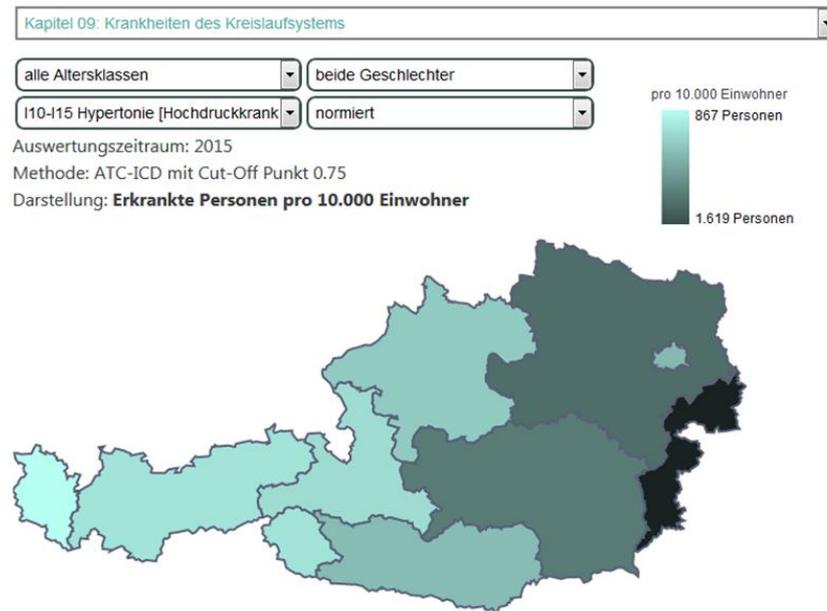
Weiteres Potenzial für Variationen in der Behandlung ergibt sich bspw. auch aus dem Umstand, dass LeistungserbringerInnen in Österreich nicht dazu verpflichtet sind am existierenden Disease Management Programm (DMP) für Diabetes – „Therapie Aktiv“ – teilzunehmen, obwohl dies gemeinhin als *state of the art* gilt. Eine verpflichtende Teilnahme würde eine variationsfreie Behandlung für alle an Diabetes erkrankten PatientInnen ermöglichen (Therapie Aktiv 2018). Zwar ist die Versorgung von DiabetespatientInnen vorwiegend im Primärversorgungsbereich angesiedelt, jedoch ist die Problematik der mangelnden Anwendung strukturierter Behandlungspfade auch für andere Erkrankungen und somit auch für den fachärztlichen Bereich relevant. Für andere Erkrankungen als Diabetes gibt es in Österreich bisher noch kein flächendeckend angewandtes DMP. Auf DMPs und ihre Anwendung wird in Kapitel 4.6 genauer eingegangen.

Eine Möglichkeit, Ungleichheiten und Unterversorgung zu identifizieren bieten epidemiologische Atlanten und Versorgungsatlanten. Diese beinhalten Informationen zu regionalen Unterschieden in Bezug auf Epidemiologie bzw. Versorgungsangebot und können bspw. dabei helfen gerechtfertigte von ungerechtfertigter Versorgungsvariation zu unterscheiden. Für Österreich hat die Plattform rund um das Projekt DEXHELPP – ein Projekt zur Entwicklung und Umsetzung von Methoden zur Entscheidungsunterstützung im österreichischen Gesundheitssystem – begonnen auf Basis der bisher vorhandenen Daten Atlanten dieser Art zu entwickeln.

Die Erstellung von epidemiologischen Atlanten ist in Österreich insofern schwierig, als im niedergelassenen Bereich bisher keine Diagnosecodierung vorgesehen ist. DEXHELPP verwendet daher ein ATC-ICD-Verfahren – dabei werden auf Basis von ICD-codierten Krankenhausdiagnosen und Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen sowie ATC-codierten Arzneimittelverschreibungen, die gewissen Diagnosen zugeordnet werden können, Prävalenzen geschätzt. Die Prävalenzen werden auf der Webseite in Form von Heat Maps dargestellt, wobei sich die/der NutzerIn bspw. auch alters- und/oder geschlechtsspezifische Informationen ausgeben lassen kann. Die aktuellste Auswertung liegt auf Gruppenebene der ICD-10-Klassifizierung für das Jahr 2015 vor (DEXHELPP 2018a). Abbildung 19 zeigt beispielhaft eine Heat Map für Hypertonie auf Basis des epidemiologischen Atlas von DEXHELPP. Zu beachten ist, dass Schätzungen dieser Art

angesichts der mangelhaften Datenlage in Österreich lediglich eine grobe Annäherung an die tatsächliche epidemiologische Situation darstellen.

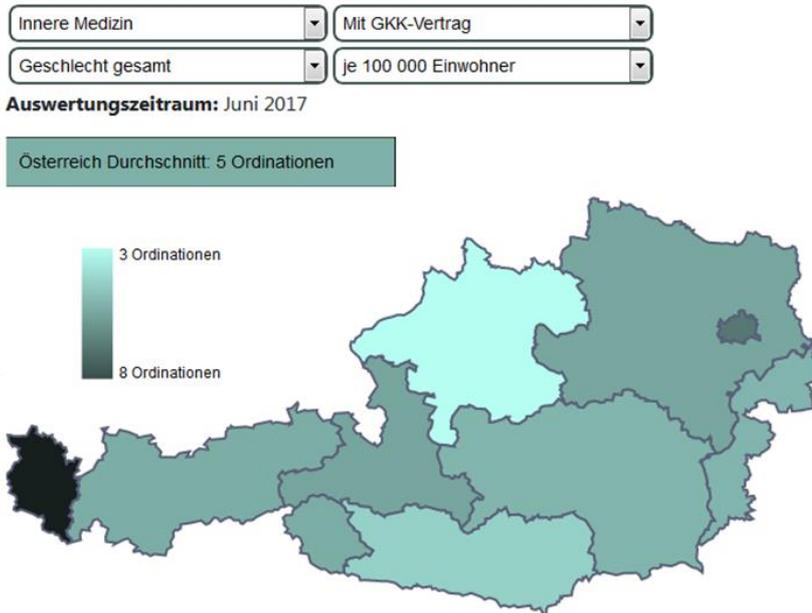
Abbildung 19: Beispieldarstellung aus dem epidemiologischen Atlas von DEXHELPP, 2015



Quelle: DEXHELPP (2018a)

Der Versorgungsatlas von DEXHELPP befasst sich mit dem regionalen ärztlichen Angebot im niedergelassenen Bereich und hat zwei Komponenten – die strukturelle Verteilung und die zeitliche Verteilung. Erstere bezieht sich auf die regionale Verteilung von ärztlichen Ordinationen nach Fachgruppen und Vertragstyp, letztere gibt Informationen über Öffnungszeiten nach Uhrzeit und Wochentagen nach Region, Fachgruppe und Vertragstyp. Die dafür notwendigen Informationen entnimmt DEXHELPP den Webseiten der Landesärztekammern, die aktuellsten Auswertungen liegen für Juni 2017 vor (DEXHELPP 2018b). Auf der Webseite von DEXHELPP können verschiedene interaktive Grafiken wie Heat Maps oder Balkendiagramme ausgegeben werden. Beispiele für Auswertungen sind in Abbildung 20 für die strukturelle Verteilung bzw. Abbildung 21 für die zeitliche Verteilung dargestellt.

Abbildung 20: Beispieldarstellung aus dem Versorgungsatlas von DEXHELPP (strukturelle Verteilung), 2017

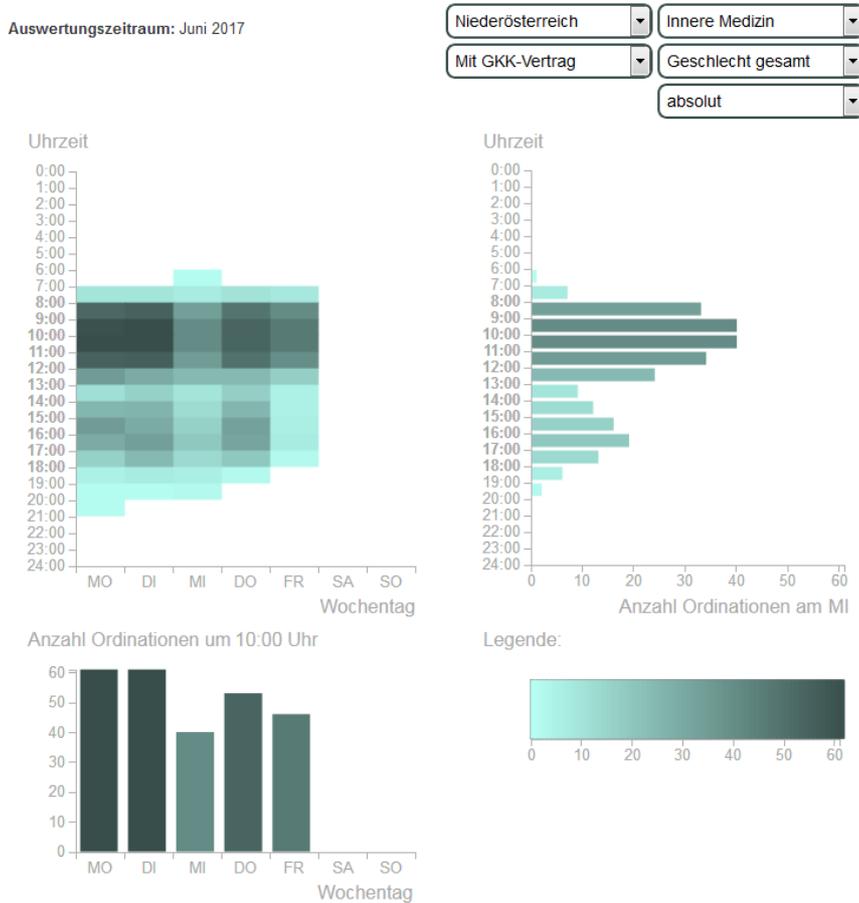


Quelle: DEXHELPP (2018b)

Eine überblicksmäßige Betrachtung der Versorgungsatlanten zeigt, dass ärztliche Ordinationen teilweise sehr ungleich über die Bundesländer verteilt sind. Die in Abbildung 20 dargestellte Verteilung von vertragsärztlichen Praxen für Innere Medizin zeigt bspw. eine deutliche Konzentration auf Vorarlberg und in geringerem Maße Wien (8 bzw. 6 Ordinationen je 100.000 EinwohnerInnen), während die entsprechende Dichte in Oberösterreich sehr gering ist (3 Ordinationen je 100.000 EinwohnerInnen).

Die Öffnungszeiten der Ordinationen verteilen sich ebenfalls unterschiedlich über die verschiedenen Regionen und Fachgruppen. Häufig konzentrieren sich die Öffnungszeiten stark auf die Vormittagsstunden, wie bspw. in Abbildung 21 für VertragsärztInnen der Fachgruppe Innere Medizin in Niederösterreich ersichtlich. Dies erschwert Arztbesuche bspw. für berufstätige Personen.

Abbildung 21: Beispieldarstellung aus dem Versorgungsatlas von DEXHELPP (zeitliche Verteilung), 2017



Quelle: DEXHELPP (2018b)

Somit kann es nicht nur zu Randzeiten wie am Wochenende oder abends zu Schwierigkeiten kommen eine/n niedergelassene FachärztIn aufzusuchen – auch typische Tageszeiten stellen keine Garantie für eine Versorgung im extramuralen Bereich dar. Dies verdeutlicht auch der Überblick in Tabelle 11. Hier wurden mit Hilfe eines webcrawlings auf docfinder.at die Öffnungszeiten der KinderärztInnen an Freitagen in Wien aufgelistet. Während von 8 Uhr bis 13 Uhr noch eine relativ gute Versorgung durch KinderärztInnen gegeben ist, haben ab 14 Uhr lediglich in acht der 23 Bezirke KinderärztInnen geöffnet. 15 KinderärztInnen, die auf docfinder registriert sind, haben freitags überhaupt geschlossen, davon auch in Bezirken, in denen es ganztägig oder ab Mittag keine anderen geöffneten KinderärztInnen gibt. Im 7. und 8. Bezirk in Wien kann man freitags bspw. ganztägig keine/n geöffnete/n KinderärztIn finden.

Tabelle 11: Anzahl freitags geöffneter Praxen von KinderärztInnen in Wien nach Uhrzeit und Bezirken

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.
8h			1			1				1	4	2			1	2	2		1		2	3	1
9h	1	1	2	1	2	1			1	3	5	4	2	1	4	4	2	3	3	2	2	8	3
10h	2	2	2	1	2	2			1	3	5	4	2	1	4	3	2	3	3	2	2	8	3
11h	2	2	3*		2	2			1	3	5	2	1		3	2	2	2	3	2	4	8	3
12h	2	2	1		1	2			1	1	1	2	1		1	2	1		2		2	7	2
13h	1		1		1	2			1			1				3			1		2	2	1
14h		1	1						1							3			1		2	2	1
15h		1														3			1		1	2	1
16h		1														3					1	2	
17h		1														1					1	2	
18h																							
19h																							
20h																							

*in einer Praxis sind wechselnde Öffnungszeiten angegeben, auch 11-16 Uhr

Quelle: docfinder; Darstellung: IHS (2018)

4.5.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung

Erfahrungsberichte aus der Studie von Riffer und Schenk (2015) bestätigten, dass PatientInnen die uneinheitlichen Regelungen bezüglich des Zugangs zu Leistungen wahrnehmen, was zu einem Gefühl von Ungerechtigkeit führt:

„Wir Wiener san privilegiert, wir kriegen diesen Aufenthalt [Bezug auf den Aufenthalt in einem psychosomatischen Zentrum]. Die Niederösterreicher müssen dazuzahlen. Da frag i ma schon. Es ist jedes Bundesland anders geregelt.“ (Riffer und Schenk 2015: 21).

Auch in der für die vorliegende Studie durchgeführten Fokusgruppe merkt ein/e PatientIn Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherungsträgern bezüglich des Leistungsumfangs an:

„Ja, da gibt es Unterschiede. Ich bin froh, dass ich bei der SVA bin, die ist gut. Man zahlt mehr ein, aber dafür bekommt man auch dementsprechend mehr.“ (PatientIn)

Unterschiede zwischen dem städtischen und dem ländlichen Versorgungsraum wurden im Zuge der qualitativen Interviews bspw. von Seiten der PatientInnenanwaltschaft thematisiert. Um für PatientInnen im ländlichen Versorgungsraum eine bessere

Versorgung zu garantieren, wird großes Potenzial im Bereich von eHealth bzw. Telemedizin gesehen:

„Die Verkehrsverhältnisse sind sehr unterschiedlich zwischen Land und Stadt. Im städtischen Bereich wird es leichter sein Zentren zu bauen. Im ländlichen Bereich wird hinzukommen, dass viele aufsuchende Angebote kommen müssen: ‚Das Zentrum kommt zum Patienten‘. [...] Die neuen technischen Möglichkeiten sind hervorragend. Auch in der Schweiz werden Visiten über den Bildschirm gemacht. Dies wäre vorteilhaft für das System, für den Arzt aber auch vor allem für den Patienten.“ (PatientInnenanwaltschaft)

„Im Diabetesbereich gibt es auch gute Projekte. Die Versicherungsanstalt der Berg und Eisenbahnen haben ein tolles Projekt. In Tirol gibt es auch ein Herzprojekt, wo über Distanz Herzpatienten versorgt werden. Gerade das wird im Land ein wichtiger Punkt sein. Wenn man diese Möglichkeiten ausreichend ausschöpft, wird es weder quantitative noch qualitative Unterversorgungen geben.“ (PatientInnenanwaltschaft)

Im Zuge der für die vorliegende Studie durchgeführten qualitativen Erhebung wurde v.a. in zwei Bereichen eine konkrete Unterversorgung angesprochen: Psychotherapie und Diabetesbehandlung.

Psychotherapie wird zwar nur zu einem geringen Anteil von FachärztInnen erbracht, ist aber indirekt trotzdem von Relevanz für niedergelassene FachärztInnen: Der Ausbau von psychosozialer Unterstützung wäre wichtig, um einerseits FachärztInnen zu entlasten und andererseits um Wartezeiten für Termine bei der/dem niedergelassenen FachärztIn zu überbrücken. Lange Wartezeiten auf Behandlungen sind v.a. für chronisch und psychisch Kranke belastend. Ein/e TeilnehmerIn einer Fokusgruppe in der Studie von Riffer und Schenk (2015) verdeutlicht dies am Beispiel der Wartezeiten für Psychotherapien:

„Auf da GKK bietens auch Gesprächstherapien an, aber da glaub ich wartest du zwei oder drei Monate bis du amal dran kommst. In den zwei oder drei Monaten, ja was sollst da machen, bringst dich um daweil oder was?“ (Riffer und Schenk 2015: 20)

In einem Interview mit einer/einem VertreterIn einer Selbsthilfegruppe für DiabetikerInnen wurden diverse Versorgungsprobleme speziell in diesem Bereich angesprochen.

„In Österreich gibt es 800.000 Diabetiker, davon ist mindestens die Hälfte der Patienten ungeschult. Dieses Problem ist wohl bekannt.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

„Die nächste Ebene ist, dass Ärzte ein Insulin richtig verordnen müssen können. Dies ist zurzeit wirklich suboptimal.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

„Es wird zurzeit in der Versorgung noch viel zu wenig auf das soziale Leben des Patienten eingegangen.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

Das Disease Management Programm „Therapie Aktiv“ wird grundsätzlich als positiv bewertet, jedoch wird die Art der Vergütung bzw. die damit verbundenen Anreizwirkungen kritisiert:

„Die Gebietskrankenkasse hat eine gute Linie „Therapie aktiv“. [...] Wie bekommt man das Engagement der Ärzte? Sie müssen daran verdienen. Der Arzt bekommt pro eingeschriebenen Patienten ca. 200 Euro im Jahr. Schulungen werden extra gezahlt. [...] Um eine Schulung vergütet zu bekommen, muss der Arzt eine Gruppe von in etwa 10 Personen und für Insulinschulungen in etwa 4 Patienten zusammenbringen. [...] Nun besteht das Problem, dass für neue Patienten diese 10er Gruppen schwer zu organisieren sind. [...] Keiner, der am Anfang von Diabetes steht, will kaum seinen Hausarzt wechseln, deswegen werden dadurch Schulungen eigentlich verhindert mit der jetzigen Abrechnung, da jeder neue Patient der 11. Patient ist.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

Weiters wird von mehreren Stakeholdern die Arztlastigkeit als Problem in der österreichischen Gesundheitsversorgung wahrgenommen. Es wird bedeutendes Potenzial in der verstärkten Einbindung von Pflegekräften, wie bspw. *community nurses* (dt.: Gemeindepflegekräfte), gesehen, insbesondere in Bezug auf die Versorgung von chronisch Kranken:

„Dänemark, Finnland sind gute Beispiele in Europa. Wenn man dort an Diabetes erkrankt, kommt man zu einer Krankenschwester. Die Krankenschwester kann ja das meiste machen, sie kann dann den Patienten zu Ärzten für gewisse Therapien verweisen, aber die Krankenschwester bleibt der Ansprechpartner. [...] Die Krankenschwester sollte dann aber auch finanziell dementsprechend entgolten werden.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

„Diese community nurses fehlen in Österreich total und sollten in den neuen Primärversorgungszentren eine wichtige Rolle einnehmen.“ (PatientInnenanwaltschaft)

„Im Atemwegserkrankungsbereich wäre das Zusammenspiel von Arzt und Krankenschwester perfekt als Tandem System, vor allem wenn die Krankenschwester direkt beim Lungenfacharzt angesiedelt ist. Sie könnte direkt

Schulungen und Therapie durchführen, die zuvor verschrieben wurden.“
(VertreterIn Selbsthilfegruppe)

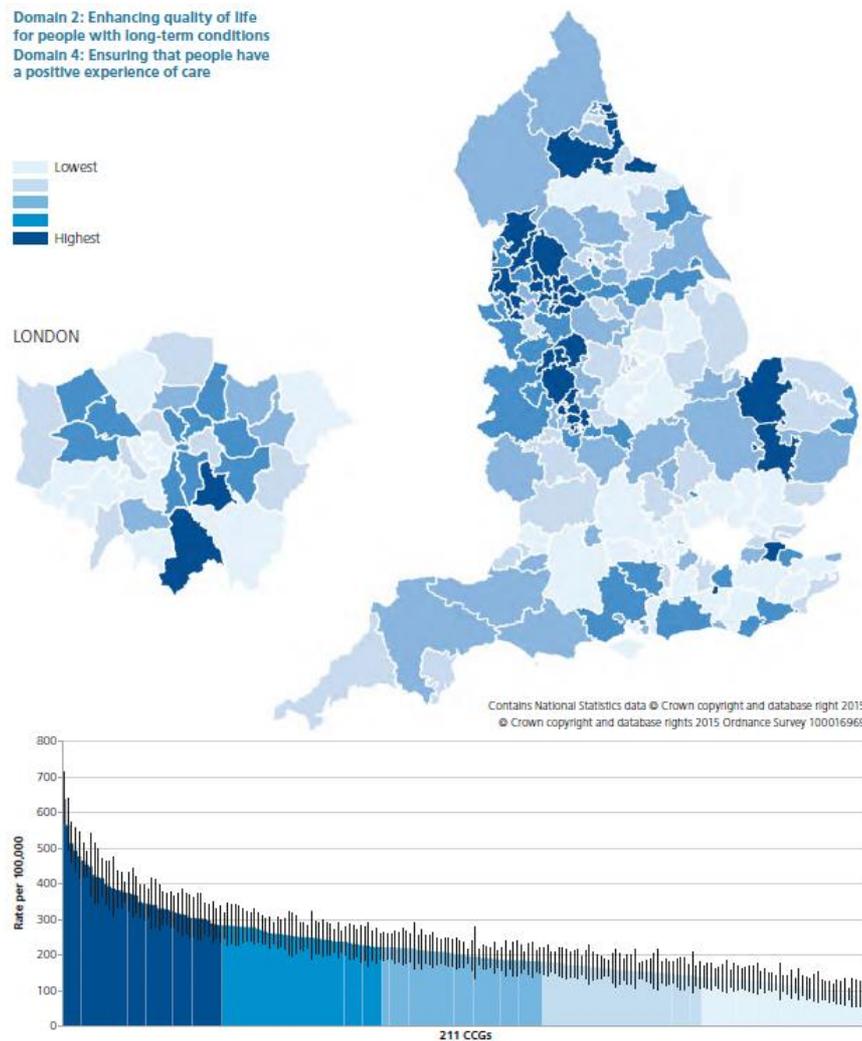
4.5.3 Internationale Lösungsoptionen

Um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, benötigt es Daten, die es ermöglichen die Gesundheit der Bevölkerung zu überwachen, Krankheitsentwicklungen rechtzeitig zu erkennen und darauf basierend die Versorgung anzupassen. Das erfordert umfassendere epidemiologische Daten als sie in Österreich bisher zur Verfügung stehen sowie ein entsprechendes Monitoring-System. Durch eine Überwachung von Inzidenz- und Prävalenzraten von Krankheiten und Qualitätsindikatoren kann man u.a. (ungerechtfertigte) Variation in der Versorgung identifizieren. In Gegensatz zu Österreich liegt in mehreren Ländern international ein stärkerer Fokus auf Gesundheitsversorgungsforschung und es werden Bedarfserhebungen im Bereich der Gesundheitsversorgung in größerem Ausmaß durchgeführt und dokumentiert.

Die Bestrebungen des Projektes DEXHELPP zur Entwicklung von epidemiologischen bzw. Versorgungsatlanten in Österreich wurden in Kapitel 4.5.1 bereits erwähnt. In **England** werden solche Atlanten bereits seit einigen Jahren eingesetzt und können aufgrund der besseren Datenlage weitaus detailliertere Informationen abbilden. Seit 2010 wird durch *Public Health England* (PHE) die **NHS Atlas Serie** publiziert. Das Ziel davon ist es, ungerechtfertigte Variation in der Versorgung, verursacht durch Unter- und Überversorgung, mangelhafte Anwendung evidenzbasierter Leitlinien sowie erschwerten Zugang für PatientInnen aufgrund von langen Anreisezeiten, sozioökonomischen Faktoren oder niedriger Gesundheitskompetenz zu identifizieren. Dabei werden Daten der gesamten Bevölkerung zu den Bereichen Investitionen, Aktivitäten und Outcomes mittlerweile als interaktive Version generiert und online zur Verfügung gestellt (z.B. **The 2nd Atlas of Variation in Risk Factors and Healthcare for Liver Disease in England 2017; The 2nd Atlas of Variation in NHS Diagnostic Services in England 2017**) (NHS England). In Abbildung 22 zeigt beispielhaft einen Atlas für Notfallaufnahmequoten von Kindern (0-18 Jahren) mit Asthma auf Ebene der *Clinical Commissioning Groups*¹, in dem die regionale Variation deutlich ersichtlich ist.

¹ *Clinical Commissioning groups* sind administrative Organisationen, die eine gewisse geographische Region umfassen und dort die Gesundheitsversorgung organisieren.

Abbildung 22: Beispieldarstellung aus der NHS Atlas Serie, Notfallaufnahme mit Asthma pro Clinical Commissioning Group, 2015



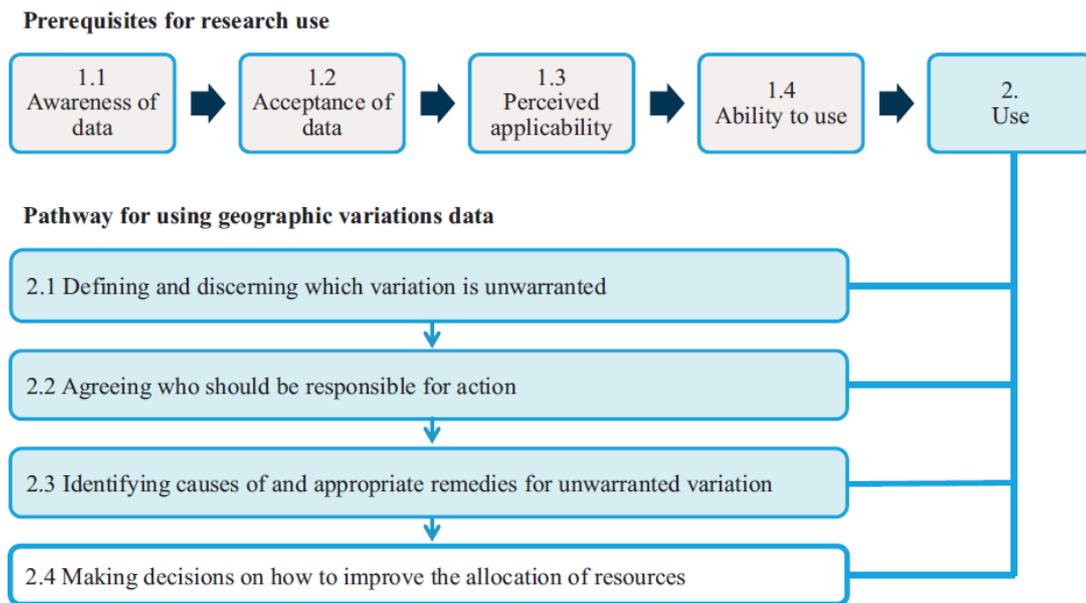
Quelle: NHS (2015)

Die NHS Atlas Serie ermöglicht es, Organisationen und Einzelpersonen Daten in Form von Abbildungen, Zeitreihen und sämtlichen Statistikoptionen der gesammelten Indikatoren auf Gemeindeebene abzufragen. NHS Atlanten können weiters als *benchmark tool* verwendet werden, indem einzelne Organisationen oder Regionen sich auf der interaktiven nationalen Landkarte mit anderen Gruppen bzw. mit dem Gesamtdurchschnittswert für England vergleichen können. Die Daten sind frei zugänglich, ebenso wie eine **Nutzungsanleitung** für die Analyse und den Vergleich zwischen Regionen.

Darüber hinaus befassen sich Forschungsgruppen mit der Evaluierung und Verbesserungsmöglichkeiten der NHS Atlas Serie (Schang et al 2014). Der Fokus liegt

hierbei v.a. darauf, wie man die präsentierte Information besser verstehen und nutzen kann. Die zentrale Herausforderung besteht dabei darin, die Gründe für unerklärte (und v.a. ungerechtfertigte) Variation zu verstehen und in Folge konkrete Maßnahmen abzuleiten. Darum wurde bspw. ein Framework entwickelt, das darauf abzielt, die reine Verfügbarkeit von Daten über Variation zu aktiven Entscheidungen bezüglich Ressourcenallokation weiterzuentwickeln. Abbildung 23 zeigt die in dem Framework vorgesehenen Schritte: Zuerst werden die vorhandenen Daten auf ihre Aussagekraft und Anwendbarkeit untersucht, dann wird der Anteil der ungerechtfertigten Variation definiert und identifiziert, woraufhin verantwortliche Akteure bestimmt und Ursachen bzw. mögliche Lösungsansätze für ungerechtfertigte Variation erarbeitet werden und abschließend werden Entscheidungen bzgl. optimierter Ressourcenverteilung getroffen.

Abbildung 23: Framework zur Verwendung der NHS Atlas Serie zur Ableitung konkreter Maßnahmen



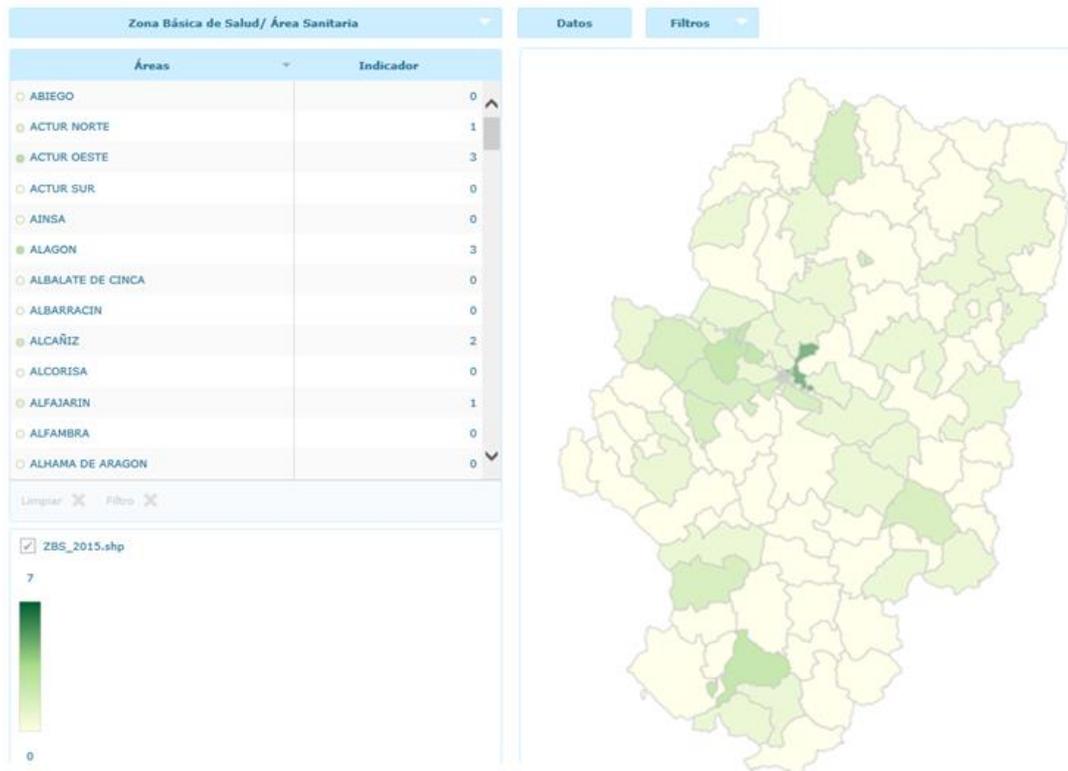
Quelle: Schang et al. (2013)

Weiters wird im Rahmen der NHS Atlas Serie zu jedem Indikator ein Dokument mit *options for action* angeboten. Dieses Dokument soll *commissioners*, d.h. Beauftragte für die Organisation der Versorgung innerhalb einer *clinical commissioning group*, Anregungen geben, wie die Werte für den jeweiligen Indikator verbessert werden können. Für manche Atlanten (zum Beispiel *Respiratory Atlas 2012*) wurden Fallstudien hinzugefügt, die der/dem LeserIn Beispiele für eine *best practice* geben sollen.

Ein weiteres Beispiel für Überwachung von epidemiologischen Entwicklungen mit dem Ziel der besseren Versorgungsplanung in England sind die sogenannten *sentinel surveillance schemes*, wie bspw. das *sentinel surveillance of BBV testing*. Dabei handelt es sich um ein Überwachungssystem für durch Blut übertragene Krankheiten, das seit 2002 besteht. In den ersten Jahren wurde nur Information bezüglich Hepatitis-C Raten gesammelt, um die Versorgung auf lokaler und nationaler Ebene zu planen sowie auf lange Sicht die Inzidenz und Prävalenz zu reduzieren. Mittlerweile wurde die Überwachung auf alle Regionen und auf Hepatitis A-E, HIV und HTLV ausgeweitet (Public Health England 2016). Ein ähnliches System gibt es für Influenza (Public Health England 2017).

In **Spanien** wird das Projekt **Atlas VPM – Atlas of Variations in Medical Practice in the National Health System** durch mehrere Forschungsinstitute im Bereich der Gesundheitsversorgungsforschung koordiniert. Ähnlich wie bei der NHS Atlas Serie ist es hier das Ziel die Gesundheitsversorgung Spaniens geographisch zu vergleichen. Die Ergebnisse dieser Vergleiche werden als Input für politische EntscheidungsträgerInnen und ManagerInnen herangezogen (Atlas VPM 2018). Bisher wurden sieben Atlanten zu ungerechtfertigter Variation in verschiedenen Bereichen wie onkologische Chirurgie, vermeidbare Krankenhausaufenthalte, Kaiserschnitte, PatientInnensicherheit und Diabetes entwickelt. Abbildung 24 zeigt beispielhaft einen Atlas bzgl. Krankenhausaufnahmen wegen akuter Komplikationen aufgrund von Diabetes. Laufend werden auch **Berichte** und **wissenschaftliche Artikel** über die Atlas VPM-Daten publiziert (Atlas VPM 2018).

Abbildung 24: Beispieldarstellung aus dem Atlas VPM, Krankenhausaufnahmen wegen akuter Komplikationen aufgrund von Diabetes, 2016



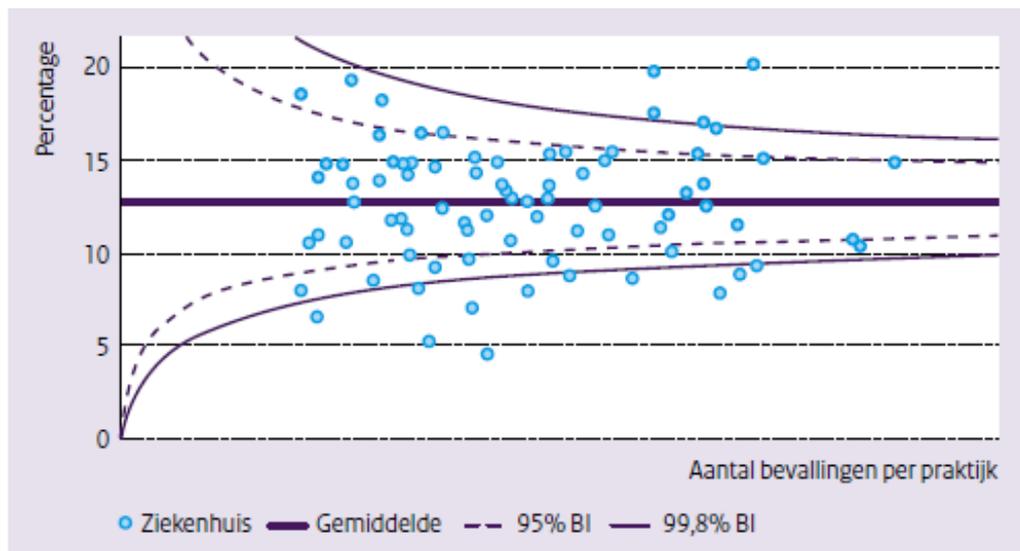
Quelle: Atlas VPM (2018)

In den **Niederlanden** wurde die Gesundheitsversorgung von der Regierung bis 2006 zentral geplant und kontrolliert, trotzdem lassen sich teils beachtliche Variationen beobachten. Alle vier Jahre erfasst das Nationale Institut für Volksgesundheit und Umwelt (RIVM) die Qualität, den Zugang und die Leistbarkeit des niederländischen Gesundheitssystems ([Dutch Health Care Performance Report 2010](#), [Dutch Health Care Performance Report 2014](#)).

Ein Teil des Berichts befasst sich mit Unterschieden zwischen Gesundheitsdiensteanbietern. In manchen Krankenhäusern werden 100% aller Hüftfrakturoperationen innerhalb eines Kalendertages durchgeführt, um so das Komplikations- und Mortalitätsrisiko zu reduzieren. In anderen Krankenhäusern werden jedoch noch mehr als 20% dieser Eingriffe verzögert durchgeführt (van den Berg et al. 2014). Teils große Variation zeigt sich auch in der Anzahl der ungeplanten Kaiserschnitte von Schwangeren mit niedrigem Risiko. Im Jahr 2014 wurden Raten zwischen 4.8% und 21% in den niederländischen Krankenhäusern beobachtet wie in Abbildung 25 dargestellt ist (van den Berg et al. 2014). In diesen Fällen spielen das Wissen, die Gewohnheit und die Erfahrung der/des ÄrztIn eine große Rolle in der

Entscheidungsfindung. Dies sollte allerdings nicht der Fall sein, wenn klinische Leitlinien befolgt werden würden. Zwar sind sowohl Hüftfrakturoperationen als auch Kaiserschnitte keine Leistungen, die im extramuralen fachärztlichen Bereich angeboten werden – jedoch kann der Umgang in den Niederlanden mit Variation in diesen Bereichen zu einem gewissen Maß als Vorbild für Maßnahmen bei Variation in anderen Bereichen dienen.

Abbildung 25: Ungeplante Kaiserschnitte bei Frauen in der Niedrigrisikogruppe in niederländischen Krankenhäusern, 2012



Quelle: van den Berg et al. (2014)

Das RIVM versucht erste Schritte in der Reduktion von Variation zu setzen, indem es diese aufzeigt und PatientInnen informiert. Dies geschieht über die Plattform **Zorgkaart Nederland**, auf der Gesundheitsdiensteanbieter verglichen werden können sowie Spezialauswertungen wie jene zu Kaiserschnitten präsentiert werden. Weiters werden durch das niederländische Gesundheitsinspektorat, eine unabhängige Agentur des Ministeriums für Volksgesundheit und Umwelt, die Gesundheitsdiensteanbieter gezielt angesprochen und angeregt die Qualität der Versorgung zu verbessern. Sollte diese nicht verbessert werden, kann das Inspektorat bspw. die Überwachung verstärken oder das Berufsrecht entziehen (Oude Wesselink et al. 2015a). Ebenso werden Forschungsarbeiten finanziert, die sich mit der Qualität und dem Effekt dieser Überwachungen beschäftigen und erforschen, inwiefern sich die Variation dadurch verändert (Oude Wesselink 2015).

In **Deutschland** gibt es mit dem **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** (IQWiG) eine eigene Einrichtung, die systematische Evaluierungen von medizinischen Maßnahmen durchführt. Das IQWiG ist ein unabhängiges

wissenschaftliches Institut, das im Zuge der Gesundheitsreform 2004 gegründet wurde und sich über Zuschläge für stationäre und ambulante medizinische Behandlungen finanziert. Es erstellt evidenzbasierte Gutachten und stellt allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung, die auf der Webseite [gesundheitsinformation.de](https://www.gesundheitsinformation.de) veröffentlicht werden. Die Gutachten beschäftigen sich u.a. mit Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden (z.B. Operationsmethoden), Verfahren der Diagnose und Früherkennung sowie Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen.

Das seit 1999 bestehende **National Institute for Health and Care Excellence** (NICE) im **Vereinigten Königreich** nimmt eine ähnliche Rolle ein. Zu den Aufgaben des NICE gehört es, evidenzbasierte Leitlinien und Beratung für Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen, Qualitätsstandards und Performancemessung in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu entwickeln (z.B. QOF, siehe Kapitel 4.7) sowie ein breites Spektrum an Informationsservices bereitzustellen. Unter anderem führt das NICE auch Evaluierungen von Medikamenten, Medizintechnologie und chirurgischen Eingriffen durch, um etwaige Versorgungsmängel zu identifizieren.

Besteht tatsächlich Unterversorgung in einem Bereich, so läge ein möglicher Lösungsansatz in der Delegation von Aufgaben, die bisher von ÄrztInnen übernommen wurden, an andere Berufsgruppen. Wie bereits im Zuge der qualitativen Untersuchung thematisiert, ist das österreichische Gesundheitssystem durch eine relativ hohe Arztlastigkeit gekennzeichnet. In vielen anderen Gesundheitssystemen nehmen spezialisierte Pflegekräfte eine bedeutende Rolle in der Versorgung ein, sodass ÄrztInnen sich stärker auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können und so insgesamt eine effizientere Versorgung stattfindet. Diese Pflegekräfte sind direkt in Arztpraxen bzw. Spitälern beschäftigt und arbeiten dort mit ÄrztInnen zusammen, befinden sich in einem anderen Beschäftigungsverhältnis (bspw. auf kommunaler Ebene) oder sind selbständig tätig.

In **England** bspw. gibt es eine Vielzahl solcher spezialisierter Berufsfelder im Pflegebereich. Einige Beispiele sind die folgenden¹:

- Pflegekraft in der Erwachsenenversorgung (*adult nurse*)
- Pflegekraft in der Kinderversorgung (*children's nurse*)
- Pflegekraft im Bereich der psychischen Gesundheit (*mental health nurse*)
- Pflegekraft in der allgemeinmedizinischen Praxis (*general practice nurse*)

¹ Siehe <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing>.

Diese Pflegekräfte übernehmen unterschiedliche Aufgaben, die ansonsten häufig von ÄrztInnen erledigt werden (z.B. Blutabnahmen, Wundmanagement, Krebsabstriche), wobei die Aufgabenfelder und damit auch die Qualifikationsanforderungen je nach Spezialisierung variieren. Vor allem in der Versorgung von chronisch Kranken können solche spezialisierten Pflegekräfte eine bedeutende Rolle einnehmen.

Bezüglich potenzieller Unterversorgung im ländlichen Raum bieten, wie bereits im Zuge der qualitativen Analyse erwähnt, technologische Anwendungen einen möglichen Lösungsansatz, insbesondere die Telemedizin. Eines von vielen Beispielen, wie Telemedizin international bereits Anwendung findet, ist das Projekt **TeleCare Nord** in der Region Nordjütland in **Dänemark**. TeleCare Nord ist ein Projekt zur telemedizinischen Überwachung von PatientInnen mit COPD, das in Kooperation zwischen der Region und elf Gemeinden entwickelt wurde. Die Finanzierung erfolgt ebenfalls durch Region und Gemeinden. Die Pilotphase startete 2012, mittlerweile ist das Konzept bereits ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung in der Region. PatientInnen werden durch die/den HausärztIn oder das Spital an TeleCare überwiesen und erhalten ein sogenanntes „Tele-Kit“ bestehend aus einem Tablet, einem Blutdruckmessgerät und einem Sauerstoffsättigungsmessgerät. Die gemessenen Werte werden mittels einer eigens programmierten Software-Applikation an die Zentrale von TeleCare Nord übermittelt und von Diplompflegekräften gesichtet. Diese können auf einen veränderten Gesundheitszustand gegebenenfalls unmittelbar reagieren und mit der/dem PatientIn in Kontakt treten, um z.B. die (medikamentöse) Therapie anzupassen oder die/den PatientIn an die/den HausärztIn bzw. ein Spital weiterzuverweisen. Sowohl für die PatientInnen als auch für das Fachpersonal werden von dem Projekt umfassende Einschulungsmaßnahmen angeboten. Laut einer Evaluierung konnten durch das Projekt einerseits Spitalsaufnahmen bzw. Versorgungskosten reduziert und andererseits positive Effekte in Bezug auf die Lebensqualität der PatientInnen erzielt werden. (Czypionka et al. 2018)

Zusammenfassende Betrachtung & Implikationen

Dieses Kapitel befasste sich mit Versorgungsunterschieden und Unterversorgung in Zusammenhang mit extramuraler fachärztlicher Versorgung in Österreich und identifizierte folgende Verbesserungspotenziale:

- *Bei der Betrachtung der Kopffanzahl von ÄrztInnen in Österreich erkennt man, dass die Anzahl der VertragsärztInnen seit dem Jahr 2000 annähernd gleichbleibend ist, während sich die Anzahl der WahlärztInnen zwischen*

2000 und 2015 verdoppelt hat. Zu beachten ist dabei jedoch, dass daraus nicht notwendigerweise Aussagen über die Versorgungswirksamkeit getroffen werden können.

- *In Bezug auf Großgeräte lassen sich Unterschiede zwischen dem im ÖSG vorgegebenen Soll- und dem Ist-Zustand feststellen. Bei ECT, COR, MR und CT gibt es aktuell mehr Geräte als vorgesehen, bei den restlichen Großgeräten sind es weniger Geräte als geplant. Besonders groß ist dieser Unterschied bei STR, wo die Differenz von Soll und Ist bei vierzehn Geräten liegt. Die Bedarfsfeststellung beruht jedoch oft auf Inanspruchnahme statt auf objektivierbarem Bedarf, in welchen auch internationale Erfahrungswerte miteinbezogen werden.*
- *Die Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen im ländlichen Versorgungsraum ist v.a. für armutsbetroffene bzw. in ihrer Mobilität eingeschränkte PatientInnen ein Problem.*
- *Teilweise lassen sich beachtliche Leistungsunterschiede zwischen verschiedenen Versicherungsträgern feststellen, die PatientInnen auch wahrnehmen und als ungerecht empfinden.*
- *Der Anteil weiblicher Kassen-FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe variiert stark zwischen den Regionen, in Kärnten waren 2014 nur 4% dieser FachärztInnen weiblich.*
- *Beispiele für eine wahrgenommene Unterversorgung sind die Bereiche Psychotherapie und Diabetesbehandlung. Diese Bereiche sind zwar nicht von hoher unmittelbarer Relevanz für die extramurale fachärztliche Versorgung. Psychotherapie kann jedoch einen Teil der PatientInnen abfangen, die aus „sozialer Indikation“ FachärztInnen aufsuchen, während Diabetesversorgung stellvertretend für die Versorgung anderer chronischer Erkrankungen betrachtet werden kann.*
- *Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine vergleichsweise starke Arztlastigkeit charakterisiert, während in anderen Ländern viele Aufgaben von anderen Berufsgruppen übernommen werden.*
- *In Österreich ist es weitgehend unklar, ob leitlinienkonform praktiziert wird, da die Kontrollen der ÖQMed vorwiegend auf Strukturindikatoren abzielen.*
- *Im Vergleich zu anderen Ländern ist der Bereich der Gesundheitsversorgungsforschung in Österreich unterentwickelt. Eine systematische Erhebung von ungerechtfertigter Variation, Unter- oder*

Übersorgung ist dadurch nicht möglich.

Die folgenden Empfehlungen können für die Forschung und Politik gemacht werden:

Implikationen für die Forschung:

- *Gesundheitsversorgungsforschungsfragen sollten in Bezug auf ungerechtfertigte Variation, Unter- oder Übersorgung (z.B. Leitlinienbefolgung in Österreich) in Angriff genommen werden.*
- *Beispielsweise sollte die hohe MR-Nutzungsrate auf Angemessenheit evaluiert werden. Es sollten insbesondere in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften konkrete Indikationsstellungen erarbeitet und für überweisende Fachkräfte verbindlich gemacht werden.*
- *Telemedizinpilotprojekte sollten evaluiert werden und die positiven Effekte einer möglichen Ausweitung im ländlichen Bereich getestet werden. Ähnliches gilt für flexible bzw. mobile Organisationsformen.*
- *Für das Identifizieren ungerechtfertigter Variation sowie insgesamt für die Bewertung von Kosten-Nutzen-Relationen sollte neben Versorgungsdaten auch der Einsatz von PROMs getestet werden (vgl. Kapitel 4.3).*
- *Epidemiologische Forschung sollte in Österreich verstärkt werden. Dies gilt in besonderem Maße, da das österreichische Gesundheitssystem stark planungsorientiert ist, die Planungsgrundlagen jedoch zu wenig erhoben werden. Die routinemäßige Überwachung von Krankheiten und Krankheitsentwicklung könnte ebenfalls bei der Planung helfen.*
- *Versorgungs- und Epidemiologieatlanten sollten weiterentwickelt und verstärkt zur Versorgungsplanung eingesetzt werden.*

Implikationen für die Politik und EntscheidungsträgerInnen:

- *Der Ausbau und die Angleichung auf ein einheitliches Niveau von Leistungsunterschieden durch Sozialversicherungsträger sollte weiter angestrebt werden, um die Zugangsgerechtigkeit zu erhöhen. Entsprechende Schritte werden seit 2017 gesetzt. Während es durch die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen im Zuge der Sozialversicherungsreform zu einer Leistungsangleichung zwischen diesen Kassen kommt, besteht die Gefahr, dass eine generelle Angleichung zwischen allen Kassen durch die neue Struktur erschwert wird.*
- *Leistungskataloge sollten in Hinblick auf Angemessenheit genauer*

durchleuchtet und aktualisiert werden:

- *Durchführung von systematischen Evaluierungen am Beispiel internationaler Initiativen wie IQWiG in Deutschland oder NICE im Vereinigten Königreich*
- *Nicht nur neue Verfahren, sondern auch bestehende Bereiche, sollten evaluiert werden; ansonsten besteht die Gefahr, dass längst überholte Verfahren ohne weiteres eingesetzt werden.*
- *Im Falle positiver Evaluierungsergebnisse sollte der verstärkte Einsatz von Telemedizin sowie flexiblen bzw. mobilen Organisationsformen angedacht werden.*
- *Anreize zur Teilnahme am DMP „Therapie Aktiv“ sollten verstärkt gesetzt und der Ausbau solcher Angebote vorangetrieben werden.*
- *Es ist zu empfehlen den Zugang zu bildgebenden Verfahren mehr zu steuern:*
 - *Eine Einigung über Priorisierung von Verdachtsdiagnosen, die akut eines bildgebenden Verfahrens bedürfen.*
 - *Die momentane Handhabung auf Basis des Prinzips „first come, first served“ gegen eine leitlinienkonforme Verschreibung und Priorisierung ersetzen.*
 - *Einführung von elektronischen Überweisungen, damit Praxis bzw. Institut bereits bei der Terminvereinbarung priorisieren und Untersuchungszeiten besser planen können. (Bereits in Ausrollung)*
- *Eine Verstärkung der Gesundheitsversorgungsforschung, die die Datenerhebung, das Identifizieren, Überwachen von und Intervenieren bei ungerechtfertigter Variation, Unter- oder Überversorgung ermöglichen kann, sollte in Österreich angestrebt werden.*
- *Der Versorgungsbedarf sollte evidenzbasiert und mit Unterstützung von epidemiologischen Daten sowie durch Erhebung von PatientInnenbedürfnissen geplant werden.*

4.6 Versorgungskoordination

Gesundheitsversorgungssysteme sind häufig von einem hohen Grad an Komplexität gekennzeichnet und involvieren zahlreiche verschiedene AkteurInnen in unterschiedlichen Einrichtungen. Effektive Versorgung erfordert eine funktionierende Koordination dieser AkteurInnen und Einrichtungen. Zwar gibt es verschiedene Definitionen von Versorgungskoordination, grundsätzlich versteht man jedoch folgenden Mechanismus darunter: Mehrere Gesundheitsdiensteanbieter – innerhalb einer Organisation oder über verschiedene Organisationen hinweg – arbeiten zusammen bzw. stimmen ihre Leistungen aufeinander ab, um gemeinsam zu garantieren, dass PatientInnenbedürfnisse gedeckt sind und die Versorgung am richtigen Platz zur richtigen Zeit an der richtigen Person geleistet wird (Traver et al. 2013). Wenn Gesundheitsdiensteanbieter nicht koordiniert miteinander arbeiten, kann dies schädliche Konsequenzen für PatientInnen haben – Medikationsfehler, niedrige Lebensqualität und schlechte Behandlungsergebnisse sind nur einige Beispiele davon. Darüber hinaus kann schlechte Koordination ein System auch teuer machen, bspw. durch doppelt durchgeführte Tests oder vermeidbare Krankenhausaufnahmen. Vor allem PatientInnen mit (mehreren) chronischen Erkrankungen und in hohem Alter sind von mangelhafter Versorgungskoordination betroffen (Masseria et al. 2009).

Der Zusammenhang von Versorgungskoordination mit der Qualitätsdimension der Effektivität ist naheliegend: Gute Abstimmung zwischen mehreren Anbietern kann zu verbesserten Ergebnissen führen. Außerdem erhöht sie die Effizienz des Versorgungssystems und kann so dazu beitragen, dass Leistungen zeitgerechter erbracht werden. Des Weiteren erlaubt eine verbesserte Koordination von Leistungen um die Bedürfnisse der PatientInnen herum eine höhere PatientInnenzentriertheit, insbesondere bei Personen mit komplexen Bedürfnissen.

In der Regel wird Versorgungskoordination als Kernaufgabe des Primärversorgungssektors betrachtet. Da in Österreich der Zugang zu fachärztlicher Versorgung jedoch nicht zwingend über einen vorherigen Kontakt mit einem Primärversorger führen muss, wirkt sich mangelnde Koordination unmittelbar auch auf den extramuralen fachärztlichen Sektor aus. Dies äußert sich zum einen darin, dass PatientInnen niedergelassene FachärztInnen aufsuchen, obwohl ein anderer Gesundheitsdiensteanbieter für ihre Bedürfnisse angemessener wäre. Dadurch ergeben sich u.a. Überlastung und längere Wartezeiten. Zum anderen kann mangelhafte Koordination dazu führen, dass PatientInnen, für die extramurale fachärztliche Versorgung sehr wohl angemessen wäre, stattdessen bspw. eine Ambulanz aufsuchen. Es kommt also zu einer Fehlallokation von PatientInnen und somit zu reduzierten Kapazitäten für jene, die die jeweilige Versorgungsstufe tatsächlich brauchen. Des Weiteren kann sich Versorgungskoordination auch auf die

Abstimmung von niedergelassenen FachärztInnen untereinander bzw. mit anderen Gesundheitsdiensteanbietern beziehen (z.B. in Bezug auf Medikation) und so ebenfalls von Relevanz für den extramuralen fachärztlichen Sektor sein.

4.6.1 Status quo und Identifikation von Verbesserungspotenzialen

Das österreichische Gesundheitssystem ist von einer relativ starken Fragmentierung gekennzeichnet, die sich von der Zuständigkeit bei der Gesetzgebung über die Finanzierung und in der Folge bis hin zur Aufgabenverteilung in der Leistungserbringung erstreckt. Dies erschwert die Koordination in der Versorgung.

Eine Konsequenz der mangelnden Koordination sind vermeidbare Ambulanzbesuche. Eine Studie von Haidinger et al. (2013) untersuchte die Inanspruchnahme von Ambulanzen durch SelbstzuweiserInnen in einem Schwerpunktkrankenhaus in Niederösterreich. Insgesamt machten SelbstzuweiserInnen 12,5% der Ambulanzkontakte aus (n=888). Die Liste der Beschwerden – insgesamt 419 registrierte Beschwerdebilder – wurde von zwei AllgemeinmedizinerInnen analysiert. Die Analyse ergab, dass mind. 65% dieser Selbstzuweisungen im niedergelassenen Bereich versorgt hätten werden können. Eine Studie der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft (KHBG) zeigte ein ähnliches Ergebnis von 60% an vermeidbaren Ambulanzkontakten von SelbstzuweiserInnen. Häufig wird angenommen, dass PatientInnen Ambulanzen aufsuchen, da die medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich unzureichend ist. In der Studie der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft wurden die Gründe von PatientInnen ohne Zuweisung für das Aufsuchen einer Spitalsambulanz erhoben. TeilnehmerInnen gaben an nicht zu niedergelassenen ÄrztInnen zu gehen, weil es im Krankenhaus schneller, einfacher und organisatorisch besser gehe („dort ist alles was man braucht, auf einem Fleck“). Weiters wurde in der Studie von Haidinger et al. (2013) beobachtet, dass die Besuche der SelbstzuweiserInnen zu typischen Zeiten während des Tages stattfanden. (Haidinger et al. 2013; Landespressestelle Vorarlberg 2010)

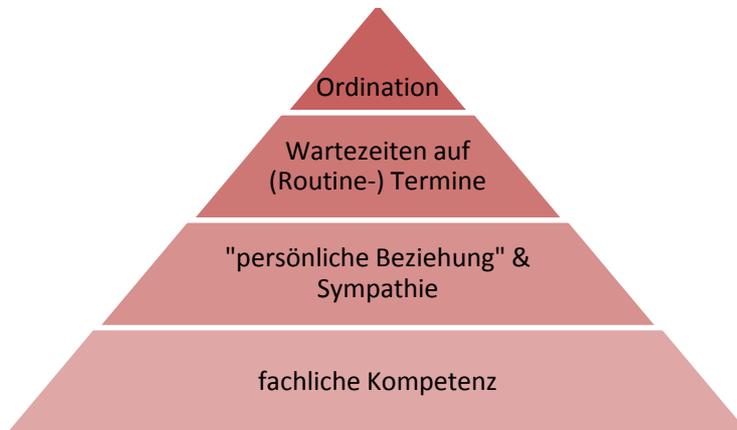
Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine Analyse der PatientInnenkontakte und dazugehörigen Diagnosen in der Notfallambulanz der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie in Innsbruck im Jahr 2010. Eine Auswertung der Gründe für das Aufsuchen der Ambulanz ergab, dass ein Großteil der PatientInnen (>60%) zurecht augenärztliche Akutversorgung in Anspruch nimmt, dass dies jedoch nicht unbedingt in einer Universitätsklinik stattfinden müsste, sondern auch in Ordinationen niedergelassener FachärztInnen für Augenheilkunde. Mit einer Ausnahme (Verätzungen) handelte es sich bei den zehn am häufigsten festgehaltenen Diagnosen durchwegs um Beschwerden, die problemlos von niedergelassenen AugenfachärztInnen diagnostiziert und behandelt werden hätten können. Die

Erhebung zeigte weiter, dass viele Beschäftigte erst nach Arbeitsende die augenärztliche Akutversorgung aufsuchen. Die AutorInnen schließen daraus, dass eine Verlegung der Ordinationsöffnungszeiten in die frühen Abendstunden dahingehend Abhilfe schaffen könnte. (Hubner et al. 2011)

In einer Studie der Sozialökonomischen Forschungsstelle (SFS) wurden die Motive für Ambulanzbesuche in den Jahren 2016 und 2017 in Wien, Tirol und Vorarlberg mit Hilfe von narrativen Interviews erhoben. Akute körperliche Beschwerden, die Behandlungskompetenz in den Ambulanzen, die besseren diagnostischen Möglichkeiten, die relativ kurzen Anwesenheitszeiten der HausärztInnen bzw. die langen Öffnungszeiten der Ambulanzen sowie das *one-stop-shop*-Prinzip zählen zu den genannten Motiven für Ambulanzbesuche. (Brustmann et al. 2017).

Auf der anderen Seite suchen viele PatientInnen in Folge des unregelmäßigen Zugangs zu extramuraler fachärztlicher Versorgung selbständig FachärztInnen auf, obwohl eine andere Versorgungsstufe adäquater wäre. Für viele PatientInnen ist die/der FachärztIn zur primären Ansprechperson geworden, die einen hohen Stellenwert einnimmt, zu der eine enge Beziehung besteht und die oft selbständig, und nicht aufgrund einer Überweisung von AllgemeinmedizinerInnen, aufgesucht wird, wie die qualitative Analyse von Kolland et al. 2017 zeigt. Vor allem die mittlere (35-64 Jahre) und die älteste Befragtengruppe (65+ Jahre) haben Probleme mit der fehlenden Koordination im österreichischen Gesundheitssystem. Diese PatientInnengruppen wünschen sich, dass niedergelassene FachärztInnen ihnen viel Aufmerksamkeit entgegenbringen, dass sie ihnen zuhören und dass sie sich bei ihnen ernstgenommen fühlen. Bei der ältesten Gruppe ist zudem wichtig, dass FachärztInnen sich für sie Zeit nehmen, sympathisch sind und sich für sie persönlich interessieren. Im Gegenzug dazu empfindet v.a. die jüngere Altersgruppe (18-34 Jahre) die Fachkompetenz der FachärztInnen als sehr wichtig (Kolland et al. 2017). Aus der qualitativen Analyse leiteten die AutorInnen eine Rangfolge der Bedürfnisse bezüglich der fachärztlichen Versorgung ab, die in Abbildung 26 dargestellt ist. Die Erwartung einer persönlichen Beziehung an die niedergelassenen FachärztInnen spielt eine zentrale Rolle – gleichzeitig ließe sich argumentieren, dass der Aufbau einer solchen Beziehung in erster Linie im Bereich der Primärversorgung stattfinden sollte.

Abbildung 26: Bedürfnispyramide in Bezug auf die fachärztliche Versorgung auf Basis der qualitativen Studie von Kolland et al. (2017)



Quelle: Kolland et al. (2017)

Weiters zeigte sich im Zuge der Studie, dass PatientInnen teilweise einen Mangel an Wissen bzgl. des Versorgungsangebots, wie etwa den Ärztenotdienst, haben (Kolland et al. 2017). Eine Strategie, um eine bessere Allokation im Gesundheitswesen zu erreichen, könnte daher sein, das Wissen der Bevölkerung über das Gesamtangebot im Gesundheitswesen zu verbessern.

Eine Initiative, die diese Problematik adressiert, ist das Pilotprojekt „Gesundheitshotline 1450“, welches bisher in Vorarlberg, Niederösterreich und Wien implementiert wurde. Unter der Hotline 1450 erhält man von speziell geschulten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften (DGKP) 24 Stunden am Tag Empfehlungen, welche Schritte bei den entsprechenden Beschwerden zu ergreifen sind, sodass die Behandlung am *best point of service* stattfindet. Dabei kann es sich um Selbstbehandlung, Aufsuchen einer/eines Haus- oder FachärztIn bei nächster Gelegenheit oder unmittelbares Aufsuchen einer Notfallambulanz handeln. Besteht ein akuter medizinischer Notfall, erfolgt die sofortige Entsendung eines Rettungsdienstes. Die MitarbeiterInnen der Hotline wenden dafür ein System von Fragebäumen an, in dem auch Faktoren wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen berücksichtigt werden (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017). Das Ziel dieser Initiative ist, durch die Orientierungshilfe und das richtige Einschätzen der Dringlichkeit des Falles, Spitalsambulanzen zu entlasten und PatientInnen die richtige Empfehlung für weiteres Vorgehen zu geben, da sich oft zeigt, dass PatientInnen die Dringlichkeit ihres Falles falsch einschätzen (Haidinger 2013).

Das Projekt „Gesundheitshotline 1450“ ist an internationale Erfahrungen wie jene des „NHS 111 urgent care telephone service“ angelehnt. Dort wurden bereits Evaluierungen der Intervention durchgeführt. Die aktuellsten Ergebnisse zeigen, dass die

PatientInnenzufriedenheit bezüglich des angebotenen Service weitgehend hoch ist. Weiters hat die Intervention eine Aufgabenverschiebung im Gesundheitswesen bewirkt. Gemessen an anderen Qualitätskennzahlen lässt sich der Erfolg der Intervention jedoch noch schwierig darstellen. Auch die Kosteneffektivität konnte noch nicht nachgewiesen werden (Pope et al. 2017).

Wie bereits erwähnt, liegt Koordination im Gesundheitswesen in erster Linie im Zuständigkeitsbereich der Primärversorgung. Um diesen Versorgungssektor zu stärken und in der Folge u.a. die Versorgungskoordination (insbesondere in der Versorgung chronisch Kranker) zu verbessern, wird in Österreich gegenwärtig an der Einrichtung von sogenannten Primärversorgungseinheiten (engl. *primary healthcare centres*) gearbeitet. Auf Basis des im Jahr 2017 verabschiedeten Primärversorgungsgesetzes sollen bis 2021 insgesamt 75 Zentren dieser Art in Österreich errichtet werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017c). Abbildung 27 zeigt die vorgesehene Stellung der neuen Primärversorgung innerhalb der österreichischen Gesundheitsversorgung. Die Abbildung verdeutlicht die koordinierende Funktion der Gesundheitshotline bzw. der Primärversorgungseinheiten, die garantieren soll, dass fachärztliche Versorgung nicht überbeansprucht wird.

Abbildung 27: Stellung der neuen Primärversorgungseinheiten in der österreichischen Gesundheitsversorgung



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017c)

In jenen Systemen, die Primärversorgungszentren bereits in ihre Gesundheitsversorgung integriert haben, werden AllgemeinmedizinerInnen häufig von Pflegefachkräften mit verschiedenen Spezialisierungen, wie etwa der *advanced practise nurse* oder der *community nurse* unterstützt (Lindblad et al. 2010; De Vlieghe et al. 2015) und zeigen positive Effekte (Furler et al. 2017).

Ein international vermehrt angewandter Ansatz zur verstärkten Koordination in der Versorgung von chronisch kranken PatientInnen sind Disease Management Programme (DMP). Wie bereits in Kapitel 4.5.1 erwähnt, wird in Österreich mit dem DMP „Therapie Aktiv“ für Diabetes gegenwärtig nur ein DMP flächendeckend eingesetzt.

4.6.2 Verbesserungspotenziale aus der qualitativen Erhebung

Zweifellos ist in Österreich der Zugang zu verschiedenen Versorgungsstufen, u.a. zur extramuralen fachärztlichen Versorgung, vergleichsweise offen. Sogar von Seiten der PatientInnenanwaltschaft wird die freie Arztwahl – zumindest über die Versorgungsebenen hinweg – teilweise kritisch beurteilt:

„Die freie Arztwahl wird in Österreich falsch verstanden: Innerhalb von Versorgungsebenen sollten Ärzte frei wählbar sein, jedoch nicht zwischen den Versorgungsebenen.“ (PatientInnenanwaltschaft)

„Solange der Patient die Möglichkeit hat die gegebene Freiheit im System zu nutzen, wird er dies auch tun.“ (PatientInnenanwaltschaft)

Wie das nachfolgende Zitat einer/eines PatientIn veranschaulicht, führt die freie Wahl der Versorgungsebene dazu, dass PatientInnen den für sie einfachsten und schnellsten Weg zur Versorgung wählen, wenn sie ihr Anliegen als dringend empfinden:

„Wenn ich keinen Termin bekomme so schnell wie ich ihn brauche, oder glaube zu brauchen, weil es ein Notfall ist, bei einem Facharzt, dann fahr ich ins Spital auf die Notaufnahme. Dort bekomme ich dann als Antwort: ‚Warum fahren Sie denn nicht zum Facharzt?‘ Naja, weil ich dort keinen Termin krieg, ganz einfach.“ (PatientIn)

Eine hohe Wahlfreiheit bei gleichzeitig gering ausgeprägter Koordination hat zur Folge, dass nur PatientInnen mit einem entsprechend hohen Navigations- und Systemwissen diese Wahlfreiheit auch adäquat nutzen können. Dadurch sind diese Bevölkerungsgruppen in der Regel auch besser versorgt. Darauf wurde im Zuge der Interviews von mehreren Stakeholdern hingewiesen:

„Der Patient kann den Internisten oder die Ambulanzen frei wählen, das ist gut in der Versorgung, wenn einer weiß, wie er das System nützen muss.“
(VertreterIn Selbsthilfegruppe)

„Jemand, der gesundheitskompetent ist, sich im System auskennt, kommt sicher viel weiter und durchaus schneller, vermut ich jetzt mal, zur richtigen Diagnose, zur richtigen Therapie. Also der Unterschied ist gar nicht unbedingt, bin ich privat versichert oder nicht privat versichert, sondern bin ich gesundheitskompetent [...] bzw. dass man nachfragt, dass man sich selber Wege erschließt, dass man auch selber durch [...] vernünftige Gesundheitsinformation sich alle möglichen Schlüsse ziehen kann, die einen auf den richtigen Weg führen.“ (PatientInnenanwaltschaft)

Eine weitere Folge des unregulierten Zugangs zu allen Versorgungsstufen in Österreich ist, dass manche PatientInnen keine/n AllgemeinmedizinerIn mehr als primäre Ansprechperson, die eine koordinierende Rolle einnimmt, haben. Dies dürfte v.a. bei Personen mit Migrationshintergrund der Fall sein, da es diesen häufig an Navigationsinformation bzgl. des österreichischen Gesundheitswesens fehlt, wie ein/e VertreterIn einer Selbsthilfegruppe bzw. ein/e ÄrztekammervertreterIn anmerken:

„In Österreich geborene Patienten haben schon zum Teil keinen Hausarzt mehr als primären Ansprechpartner. Dies ist ein noch größeres Problem bei Patienten, die neu versichert werden in Österreich. Jene werden von den Krankenversicherungen in keiner Weise darauf hingewiesen, dass der Hausarzt der primäre Ansprechpartner in Österreich ist. Dies wird dadurch bestätigt, dass Ausländer vermehrt in Spitalsambulanzen gehen. Jene haben auf die Frage hin auch oft keinen Hausarzt.“ (VertreterIn Selbsthilfegruppe)

„Wer ist diese Patientengruppe, die durch in Ambulanzen gehen? Das sind ganz viele Zugewanderte. Sie sind es von ihren Ländern und Gesundheitssystemen gewöhnt, dass Behandlungen im Krankenhaus gratis sind, wogegen man beim Facharzt zahlen muss. Dies ist eine Frage von Aufklärung und Information.“
(ÄrztekammervertreterIn)

Unter den befragten Stakeholdern bestand also weitgehend Einigkeit darüber, dass ein Mangel an Koordination und in der Folge eine Fehlallokation von PatientInnen über die Versorgungsstufen besteht. Eine Möglichkeit zur Steuerung, die in Österreich bereits mehrmals Eingang in die gesundheitspolitische Debatte gefunden hat, ist die monetäre Steuerung über Ambulanzgebühren. Das Ziel solcher Gebühren bestünde darin, die Anzahl der medizinisch nicht indizierten Ambulanzkontakte durch negative Anreizwirkung zu verringern. Die PatientInnenanwaltschaft sieht Ambulanzgebühren

kritisch und spricht sich vielmehr dafür aus PatientInnen durch höhere Qualität und positive Anreize in der Primärversorgung zu halten:

„Die Einführung der Ambulanzgebühr wäre jedoch nicht erstrebenswert, sondern dass Patienten ein ganzheitlich gutes Angebot in den Primärversorgungseinrichtungen nützen und deshalb der Bedarf gedeckt ist. Hinzu sollten positive Anreize gesetzt werden die Patienten in den Primärzentren zu halten, bspw. vergünstigte Medikamentenselbstbehalte.“ (PatientInnenanwaltschaft)

„Man sollte nicht nur über Geld steuern, das trifft nämlich immer die Gleichen, und jene Personen, die genug Geld haben, die wird die Ambulanzgebühr auch nicht abhalten. Ziel sollte es sein, das Angebot im Primärbereich passend ausbauen, mit keinen Wartezeiten und richtiger Qualität, dann wird sich das Thema auch darüber steuern lassen.“ (PatientInnenanwaltschaft)

Unter den im Rahmen der Fokusgruppen befragten PatientInnen waren die Meinungen hinsichtlich einer Ambulanzgebühr geteilt. Einige PatientInnen zeigten durchaus Bereitschaft unter bestimmten Bedingungen eine Gebühr zu entrichten, andere waren ob der zusätzlichen finanziellen Belastung skeptisch:

„Ich wäre [...] bis zu einem gewissen Grad bereit was zu zahlen, wenn ich dann das Gefühl habe, dass ich ganzheitlich und das, was ich jetzt brauche, auch betrachtet wird. Also wenn es so bleibt wie jetzt und ich zahl die Ambulanzgebühr, dann nützt es nicht.“ (PatientIn)

„Es wär auch 100 Euro okay, wenn ich es dann danach bei der Krankenkasse einreichen kann. Das würde auch schon viele abhalten, weil sie es nicht vorstrecken wollen.“ (PatientIn)

„Es kommt darauf an, wie oft muss ich die Ambulanz in Anspruch nehmen. Die meisten sind in Pension, kann ich mir das leisten? Das ist ja alles nur eine Geldfrage.“ (PatientIn)

4.6.3 Internationale Lösungsoptionen

International wird die beschriebene Problematik der Fehlallokation von PatientInnen in vielen Fällen durch sogenannte Gatekeeping-Systeme gelöst. In solchen Systemen haben PatientInnen keinen direkten Zugang zu Sekundärversorgung, sondern benötigen eine Überweisung von ihrer/ihrer HausärztIn. Idealerweise sollten in Gatekeeping-Systemen HausärztInnen gemeinsam mit ihren PatientInnen deren Versorgungsbedürfnisse identifizieren und in Folge dessen die adäquaten weiteren

Versorgungsschritte auswählen, wodurch der/dem HausärztIn die zentrale Rolle in der Versorgung zukommt (Boerma 1997; Forrest 2003).

Tabelle 12 gibt eine Übersicht über die internationale Umsetzung von Gatekeeping-Systemen. In der Mehrheit der angeführten Länder herrscht das Gatekeeping-Prinzip, d.h. es ist eine hausärztliche Überweisung notwendig, um eine/n FachärztIn aufsuchen zu können. In Belgien, Frankreich und der Schweiz gibt es finanzielle Anreize (z.B. reduzierte Zuzahlung) eine Überweisung für den Facharztbesuch einzuholen. In Bezug auf die Kostenbeteiligung bei fachärztlicher Versorgung sind die Regelungen sehr unterschiedlich und variieren teilweise auch innerhalb der betrachteten Länder nach der Art der Versicherung.

Tabelle 12: Anwendung von Gatekeeping-Systemen im internationalen Vergleich

Land	Hausärztliche Überweisung für Facharztbesuch notwendig	Kostenbeteiligung von PatientInnen bei fachärztlicher Versorgung
Australien	Ja	Vollständig abgedeckt in öffentlichen Krankenhäusern. Zuzahlungen nur dann, wenn Leistungen außerhalb des Krankenhauses in Anspruch genommen werden
Belgien	Anreize*	Zuzahlung i.H.v. EUR 2,50-25,50 abhängig von Art der Leistung und PatientInnenstatus
Chile	Ja	Unterschiede je nach Krankenversicherung und gewählter Abdeckung – Kostenanteil variiert zwischen 10% und 50%
Dänemark	Ja	Unentgeltlich
Deutschland	Nein	Unentgeltlich für PatientInnen mit staatlicher Pflichtversicherung und mit ausgewählten Versicherungsverträgen
Finnland	Ja	Zuzahlung i.H.v. EUR 27,50 pro Besuch bei einem/einer ambulanten FachärztIn im Krankenhaus und maximal EUR 90,30 pro ambulatem chirurgischen Eingriff
Frankreich	Anreize*	Zuzahlung i.H.v. EUR 1 pro Besuch, zusätzlicher Kostenanteil von 30% mit und 70% ohne hausärztliche Überweisung
Irland	Ja	Besuche in den Ambulanzen der öffentlichen Krankenhäuser sind unentgeltlich für öffentliche PatientInnen
Israel	Nein	Zuzahlung i.H.v. ILS 25 einmal im Quartal für eine unlimitierte Anzahl an Besuchen bei derselben/demselben FachärztIn
Italien	Ja	Zuzahlung i.H.v. bis zu EUR 36 für Einrichtungen und Leistungen, die im nationalen Leistungskatalog enthalten sind, plus gesetzlich verpflichtende Fixkosten i.H.v. EUR 10
Japan	Nein	Zuzahlung i.H.v. 30% der Kosten
Kanada	Ja	Unentgeltlich
Neuseeland	Ja	Unentgeltlich
Niederlande	Ja	Kein Kostenanteil sobald der pauschale Selbstbehalt beglichen wurde(EUR 350)
Norwegen	Ja	Zuzahlung i.H.v. NOK 307 mit jährlicher Deckelung
Österreich	Nein	Bei VertragsärztInnen großteils unentgeltlich
Polen	Ja	Unentgeltlich
Portugal	Ja	Zuzahlung i.H.v. EUR 7,50 pro Besuch
Schweiz	Anreize*	10% Kostenanteil nach Abzug des Selbstbehalts mit jährlicher Deckelung
Slowenien	Ja	15% Kostenanteil
Spanien	Ja	Unentgeltlich
Tschechische Republik	Nein	Zuzahlung i.H.v. EUR 1,20 pro Besuch
Vereinigtes Königreich	Ja	Unentgeltlich
Vereinigte Staaten von Amerika	Variiert je nach Versicherungsprogramm	Variiert je nach Versicherungsprogramm

*"Anreize" im Sinne von finanziellen Anreizen für den/die PatientIn (z.B. reduzierte Zuzahlung)

Quelle: Greenfield et al. (2016), Darstellung: IHS (2018)

Gatekeeping-Systeme haben gegenüber Systemen mit freiem Zugang zu fachärztlicher Versorgung sowohl Vor- als auch Nachteile, die in der Literatur ausgiebig diskutiert

werden. Tabelle 13 gibt einen Überblick über Argumente für bzw. gegen Gatekeeping-Systeme.

Über den Effekt von Gatekeeping-Systemen auf den Ressourcenverbrauch herrscht Uneinigkeit: Durch Gatekeeping wird einerseits die Anzahl an unnötigen Konsultationen und Untersuchungen reduziert, was in weiterer Folge zu Kosteneinsparungen führt. Im Durchschnitt werden Tests, die durch die/den AllgemeinmedizinerIn veranlasst werden, mit geringeren Kosten assoziiert als jene, die durch FachärztInnen und den sekundären Gesundheitssektor verschrieben werden (Godager et al. 2013). Im Rahmen der **ECOHCARE-Studie** (*Ecology of Health Care in Austria*), die auf Basis von Befragungsdaten (n=3.500) die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Österreich untersuchte, wurde ein Vergleich zwischen dem Gatekeeper-System der USA und dem Gatekeeper-freien System in Österreich durchgeführt. Dieser Vergleich zeigte, dass PatientInnen in Österreich den sekundären und tertiären Sektor viermal häufiger aufsuchen als PatientInnen in den USA (Pichlhöfer et al. 2015). Weiters ergab ein systematischer Review internationaler Literatur, dass Gatekeeping mit einer geringeren Nutzung des Versorgungsangebots (bis zu -78%) sowie geringeren Ausgaben (bis zu -80%) assoziiert wird. Die dabei untersuchten Studien variieren jedoch teilweise stark in ihren Ergebnissen (Garrido et al. 2011). Andererseits wird hingegen auch argumentiert, dass durch Gatekeeping Diagnosen verzögert werden und die durch weniger Konsultationen von FachärztInnen eingesparten Kosten teilweise in andere Bereiche verlagert werden (z.B. durch eine erhöhte Nutzung von Notfallaufnahmen) (Abbasi 2014).

Tabelle 13: Argumente für und gegen Gatekeeping-Systeme

Vorteile	Nachteile
Niedrigere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und dadurch niedrigere Kosten	Erhöhte Kosten durch verzögerte Diagnosen – zuvor eingespartes Geld (durch Zugangsbeschränkungen zu den FachärztInnen) wird anderweitig im System verwendet (z.B. erhöhte Inanspruchnahme der Notaufnahme)
Verkürzte Wartezeiten bei FachärztInnen	Verhindert, dass PatientInnen eine/n FachärztIn aufsuchen können, auch wenn diese erkennen, dass ein Besuch in der Hausarztpraxis nicht ausreichend ist
Gesundheitssystem kann nicht alle Wünsche der PatientInnen bedienen, weswegen ein Überweisungsmechanismus unabdingbar ist	Steht im Konflikt mit dem Ethos der Wahlmöglichkeiten und der Befähigung der PatientInnen sowie mit jenem der gemeinsamen Entscheidungsfindung
Komplexe Fälle werden an die FachärztInnen überwiesen, wodurch diese ihre Erfahrung ausbauen können	HausärztInnen behandeln nur einfache, unkomplizierte Fälle, was das Wachstum ihres klinisches Wissens hemmt
Erhöhte PatientInnensicherheit und Schutz der PatientInnen vor nachteiligen Effekten der Überbehandlung	Kann aufgrund der verspäteten Diagnosen das klinische Ergebnis beeinträchtigen
Reduzierte Ungleichheiten	Erhöhte Ungleichheiten
Überweisungssystem erhöht den Informationsfluss und stimuliert die Kommunikation zwischen Haus- und FachärztInnen	Beibehaltung der traditionellen Trennung zwischen Haus- und FachärztInnen, wodurch die Zusammenarbeit erschwert wird
Starke Gatekeeping-Maßnahmen stehen nicht im Konflikt mit der Zufriedenheit mit den Leistungen	Konfliktpotential in der Arzt-Patienten-Beziehung und potentiell niedrigere Zufriedenheit der PatientInnen
HausärztInnen behandeln komplexere Fälle und sind so mit einer Vielzahl an diesen Fällen konfrontiert	Erhöhter Arbeitsaufwand für HausärztInnen
Systemeffizienz und Eindämmung der Kosten	Finanzielle Überlegungen (HausärztInnen können tieferliegende Interessen haben) können sowohl Über- als auch Unterversorgung hervorrufen

Quelle: Greenfield et al. (2016)

Der Effekt von Gatekeeping auf gesundheits- und erfahrungsbezogene Outcomes wurde bisher noch unzureichend untersucht (Garrido et al. 2011). Weitere Fragen, die im Zusammenhang mit Gatekeeping noch eingehender untersucht werden müssten, sind bspw. welche PatientInnengruppen am meisten von Gatekeeping profitieren bzw. benachteiligt würden, wo sich mögliche unbeabsichtigte Konsequenzen von Gatekeeping ergeben könnten oder wie sich abgeschwächte Formen des Gatekeepings (z.B. finanzielle Anreizsysteme) auswirken (Greenfield et al. 2016).

Gatekeeping ist jedoch nur eine Möglichkeit im Gesundheitswesen lenkend einzugreifen und die Versorgungskoordination zu verbessern. Eine Stärkung des Primärversorgungssektors – bspw. durch verlängerte Öffnungszeiten, breiteres Leistungsangebot, höhere Qualität – kann ebenfalls zur verbesserten Koordination

beitragen und wird in Österreich v.a. durch die Einrichtung von Primärversorgungseinheiten angestrebt.

Ein Versorgungsansatz, bei dem verstärkte Versorgungskoordination eine zentrale Rolle einnimmt, ist jener der integrierten Versorgung. Strukturelle und kulturelle Maßnahmen, die auf eine Integration der Versorgung abzielen, ohne dabei Versorgungsoptionen abzuriegeln, haben in anderen Gesundheitssystemen bereits positive Ergebnisse gezeigt. Die WHO versteht unter integrierter Versorgung „das Management und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, sodass PatientInnen ein Kontinuum an präventiven und kurativen Leistungen erhalten, das ihren Bedürfnissen über die Zeit und über verschiedene Ebenen des Gesundheitssystems hinweg entspricht“ (übersetzt aus WHO Department of Health Systems 2008). Integration kann dabei sowohl über verschiedene Sektoren hinaus als auch innerhalb von Sektoren stattfinden. Praktische Modelle integrierter Versorgung kommen international vermehrt zum Einsatz.

Ein Beispiel für ein integriertes Versorgungskonzept ist das sogenannte Esther-Modell in **Schweden**. In Schweden wird die Koordination von PatientInnen durch eine dezentralisierte rechtliche Struktur erschwert. Während die 21 Landkreise für die Finanzierung und Leistungsbereitstellung von Krankenhäusern und ÄrztInnen zuständig sind, obliegt die Finanzierung und Bereitstellung von *Community Care* den 290 Gemeinden (Gray et al. 2016). Dies erschwert v.a. die Versorgung von älteren, chronisch kranken PatientInnen, die oft von einer großen Anzahl von Leistungserbringern und in verschiedenen Settings versorgt werden. Um die Koordination und die Versorgungserfahrung von älteren PatientInnen im schwedischen Gesundheitssystem zu verbessern, wurde das Esther-Modell Ende der 1990er Jahre entwickelt. Dieses Versorgungsmodell basiert auf der realen, negativen Erfahrung einer älteren Patientin mit komplexen Bedürfnissen namens Esther, die über fünf Jahre durch das Gesundheitssystem navigiert wurde und ihre Symptome 36 ÄrztInnen schildern musste, bis sie schließlich in einem Krankenhaus aufgenommen und behandelt wurde (Ford et al. 2017). Das Modell beinhaltet Elemente der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, der organisationsübergreifenden Kommunikation, der Problemlösung sowie der Personalschulung, um die beste Versorgung für ältere PatientInnen mit komplexen Bedürfnissen zu garantieren (Gray et al. 2016). Um die Fragmentierung zu reduzieren und die Koordination zu verbessern, werden vier Arbeitsströme verfolgt:

- Vierteljährliche „Esther-Cafes“: Sektorenübergreifende Treffen, um die Erfahrungen von kürzlich hospitalisierten PatientInnen zu teilen

- Jährliche Steuerungsgruppe: Ein Komitee bestehend aus LeiterInnen der *Community Care* aus Gemeinden, Krankenhäusern und Primärversorgung, die gemeinsame Herausforderungen diskutieren
- Jährlicher „Strategietag“: Pflegefachkräfte, ÄrztInnen, Coaches und ManagerInnen treffen sich für teamgeistfördernde Übungen und um eine Vision für das Netzwerk zu kreieren
- Fortlaufendes Training: Organisationsübergreifende Trainings zu Themen wie Palliativpflege, Ernährung oder Sturzprophylaxe, um die Kollaboration und das gegenseitige Verständnis zu stärken (Ford et al. 2017)

Da das Esther-Modell nicht als Forschungsprojekt aufgestellt wurde und die Implementierung mehrere organisatorische Veränderungen sowie Prozessveränderungen mit sich brachte, muss dessen Effekt vorsichtig interpretiert werden. Positive Effekte werden zwar beobachtet, allerdings ist es schwierig diese kausal dem Projekt zuzuordnen. Von den ProjektleiterInnen des Programms werden dennoch u.a. folgende Ergebnisse angeführt:

- Abnahme von Krankenhausaufnahmen von ca. 9.300 (im Jahr 1998) auf 7.300 (im Jahr 2003)
- Anzahl der Krankenhaustage für HerzinsuffizienzpatientInnen fiel von ca. 3.500 (1998) auf 2.500 (2000)
- Wartezeiten für Überweisungstermine zu NeurologInnen verkürzten sich von 85 Tagen (2000) auf 14 Tage (2003)
- Wartezeiten für Überweisungstermine zu GastroenterologInnen verkürzten sich von 48 Tagen (2000) auf 14 Tage (2003) (Gray et al. 2016)
- 30% Abnahme von Notfallaufnahmen zwischen 1998 und 2013
- 9% Reduktion der 30-Tage-Wiederaufnahmerate von PatientInnen über 65 Jahre zwischen 2012 und 2014 (Ford et al. 2017)

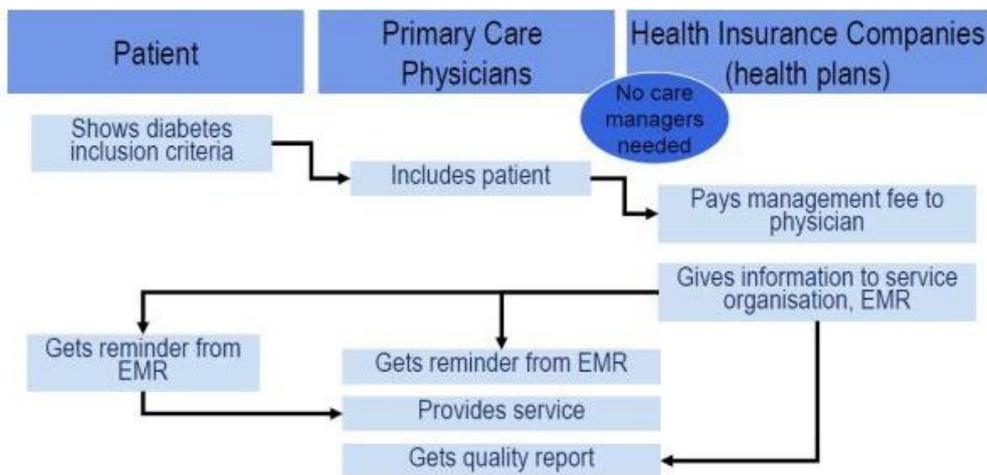
Aufgrund dieser positiven Effekte wurde das Modell inzwischen international bekannt und in mehreren Ländern adaptiert. So wurde bspw. in **Singapur** im Jahr 2016 unter der Beteiligung von AllgemeinmedizinerInnen, Gemeinwesenorganisationen und dem SingHealth Regional Health System ein eigenes Esther-Netzwerk geschaffen. Auch in **England** wird „Esther“ in verschiedene Systeme integriert, so werden bspw. in Kent und in South Somerset regelmäßige „Esther-Cafés“ organisiert (Ford et al. 2017).

Das Esther-Modell ist jedoch nur eines von vielen Beispielen für integrierte Versorgungsmodelle, die in den vergangenen Jahren in verschiedenen Ländern bzw. für

verschiedene Zielgruppen umgesetzt wurden (vgl. z.B. Czypionka et al. 2017b für eine Übersicht über integrierte Versorgungsprogramme für mehrfach chronisch kranke Personen).

Disease Management Programme sind eine weitere Möglichkeit koordinierend in die Gesundheitsversorgung einzugreifen. In mehreren Ländern wurden solche Programme bereits weitaus umfassender implementiert als es bisher in Österreich der Fall ist. Dies gilt bspw. für **Deutschland**, wo im Jahr 2002 DMPs für Diabetes Typ I/II, COPD, Asthma, Brustkrebs und koronare Herzkrankheit eingeführt wurden (Czypionka et al. 2011a). Die Initiative für die Programme geht von der Krankenversicherung aus, welche mit den Leistungserbringern Verträge abschließt. In weiterer Folge müssen diese Verträge vom Bundesversicherungsamt akkreditiert werden (Czypionka et al. 2011a). Das Ziel von DMPs ist es, die Variation in der Versorgung zu reduzieren und sich mehr auf die Erkenntnisse von evidenzbasierter Medizin zu stützen (Rathfelder 2013). Die Koordination der zentral organisierten Behandlungsprogramme in Deutschland ist in Abbildung 28 am Beispiel von Diabetes dargestellt.

Abbildung 28: Koordination in Disease Management Programmen in Deutschland



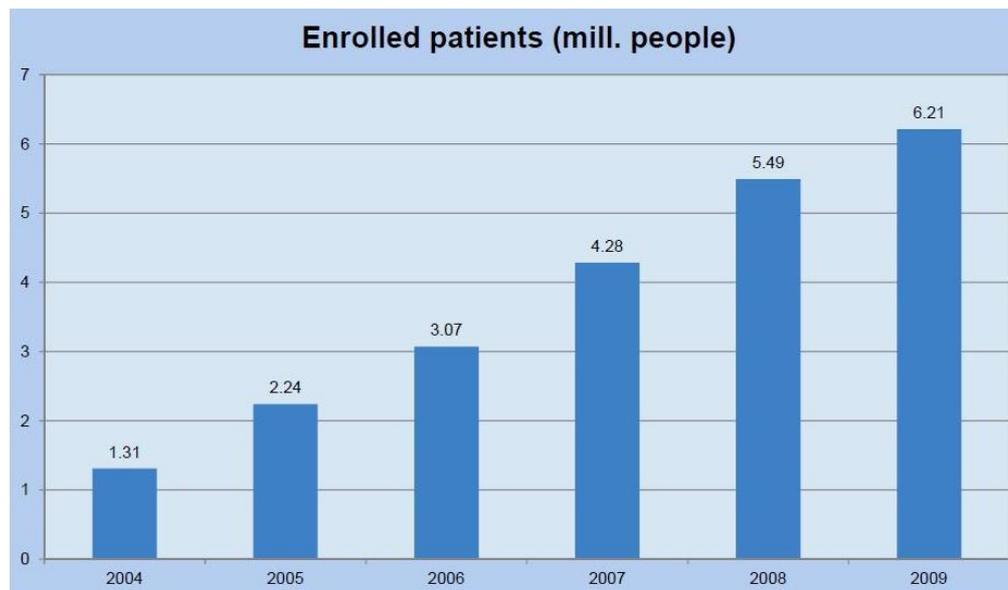
Quelle: Rathfelder (2013)

Während das in der Regelversorgung nicht zwingend der Fall ist, werden PatientInnen in DMPs regelmäßig untersucht. Komplikationsfälle werden durch qualifizierte ÄrztInnen oder Einrichtungen geregelt. Auch wenn es der/dem PatientIn gut geht, werden Ergebnisse von Untersuchungen systematisch dokumentiert, was mittels einer kleinen Summe auch vergütet wird. Ein primäres Ziel von DMPs ist es zudem PatientInnen zu aktivieren. Dies soll durch Schulungen und individualisierte Versorgungspläne erreicht werden.

Obwohl die Teilnahme an DMPs für sowohl PatientInnen als auch ÄrztInnen freiwillig ist, ist die Anzahl der PatientInnen in DMPs in Deutschland im Zeitraum 2004 bis 2009

stetig gestiegen, wie Abbildung 29 veranschaulicht: Während es im Jahr 2004 nur 1,3 Mio. PatientInnen waren, wurden fünf Jahre später bereits 6,2 Mio. PatientInnen im Rahmen von DMPs betreut.

Abbildung 29: Anzahl der PatientInnen in Disease Management Programmen in Deutschland (in Millionen)



Quelle: Van Lente et al. (2011)

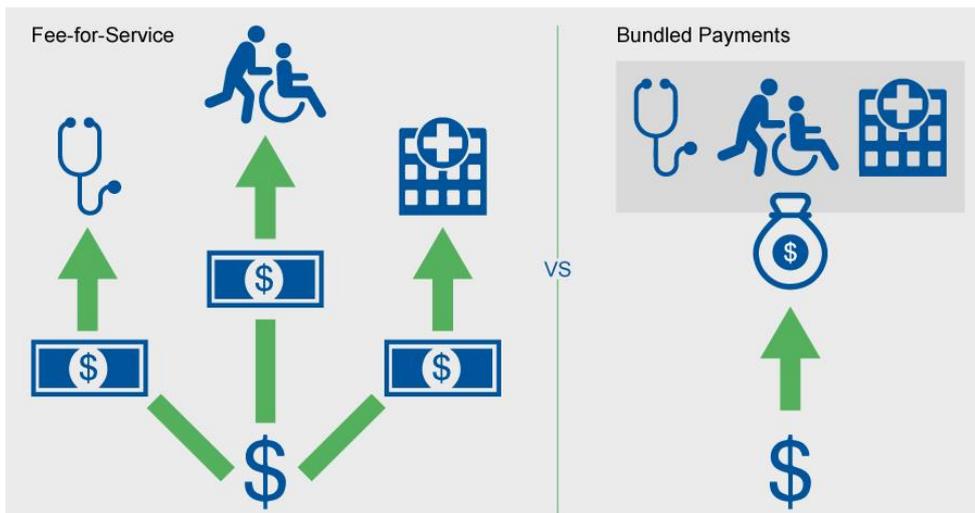
Ein Literaturreview aus dem Jahr 2014 gibt eine Abschätzung der Effektivität von DMPs für Diabetes mellitus Typ II in Deutschland. Die neun inkludierten Studien zeigten positive Tendenzen für die Endpunkte Mortalität und Lebensdauer sowie verbesserte Ergebnisse im Bereich der Prozessparameter (Fuchs et al. 2014).

Häufig – wie auch im Rahmen der für die vorliegende Studie durchgeführten Interviews – wird argumentiert, dass im österreichischen Gesundheitswesen (finanzielle) Anreize für Leistungserbringer fehlen, um die Versorgung verstärkt zu koordinieren. Aus diesem Grund lohnt sich umso mehr ein Blick darauf, wie andere Länder diese Problematik lösen.

In den **Niederlanden** wurde vor einiger Zeit damit begonnen, sogenannte *bundled payments* (dt.: gebündelte Zahlungen) zur Vergütung der Versorgung von chronischen Krankheiten einzusetzen. Konkret werden sie seit dem Jahr 2010 in den Niederlanden bei der Versorgung von Diabetes und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung sowie für das vaskuläre Risikomanagement eingesetzt. Ein ähnliches Modell für Schwangerschaften und Geburten wird zurzeit etabliert (De Bakker et al. 2012).

Während in einem traditionellen *Fee-for-Service*-Modell jede Leistung durch verschiedene LeistungsanbieterInnen erbracht und separat vergütet wird, zahlen im Gegensatz dazu die Krankenversicherungen im Modell der *bundled payments* eine Gesamtsumme an ein Konsortium von Leistungsanbietern, eine sogenannte *care group*, für eine fixe Periode von einem Jahr. Das Konzept der *bundled payments* ist in Abbildung 30 schematisch dargestellt.

Abbildung 30: Fee-for-Service vs. bundled payments Model



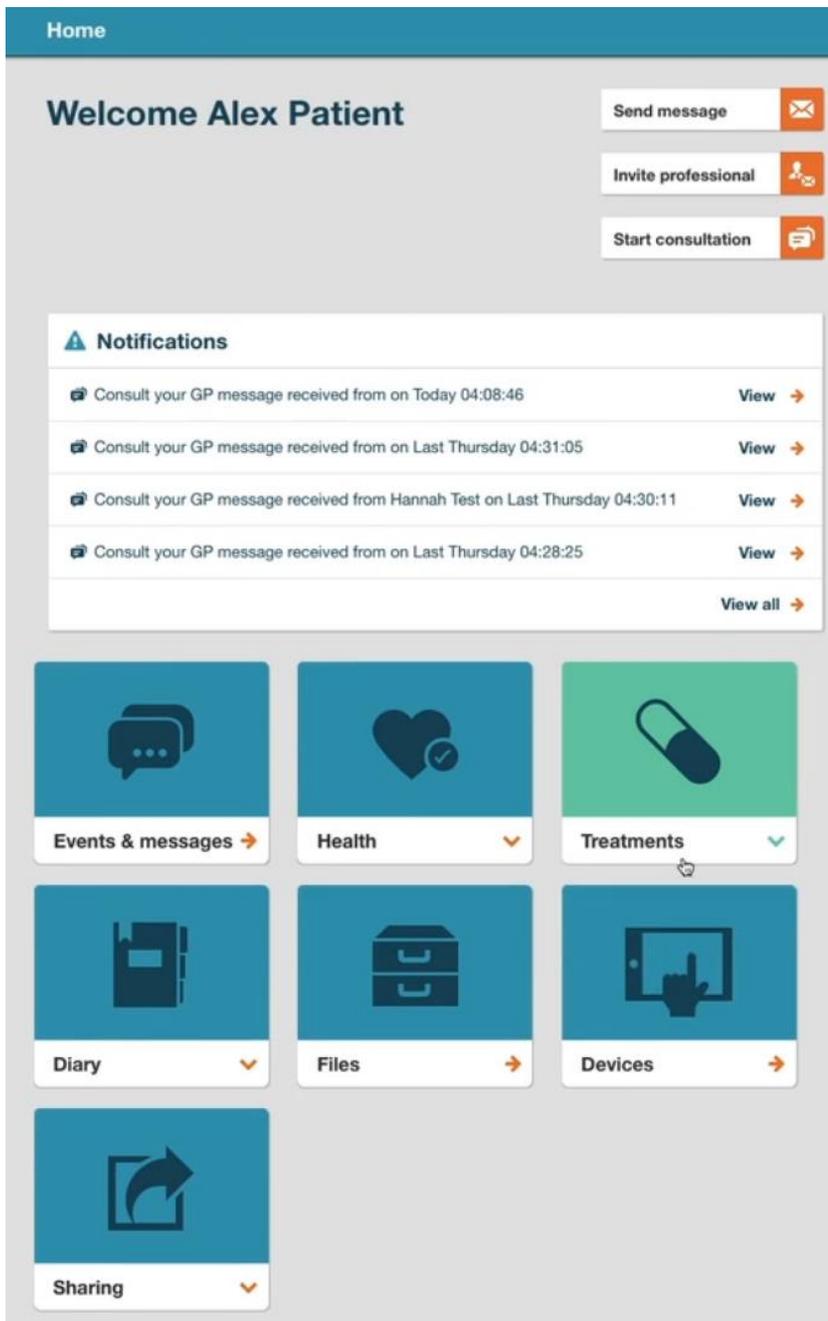
Quelle: NAHU - Education Foundation (2018)

Eine *care group* besteht aus verschiedenen Gesundheitsdiensteanbietern, zu denen in der Regel auch ein/e HausärztIn gehört. Die jeweiligen Preise der Versorgungsbündel werden zwischen der Krankenversicherung und den *care groups* verhandelt. Die *care group* übernimmt entweder alle Bereiche, die bspw. in der Diabetesversorgung anfallen, oder schließt Unterverträge mit anderen Anbietern für spezifische Leistungen ab. Bisher sind die Verträge in erster Linie auf die primäre Gesundheitsversorgung begrenzt, d.h. Leistungen, die komplexe Indikationen abdecken, sind nicht inkludiert. Dadurch, dass Versorgungsanbieter nicht – wie in einem *Fee-for-Service*-System – mehr Vergütung für eine höhere Zahl an erbrachten Leistungen erhalten, erwartet man sich eine bessere Koordination und mehr Effizienz (De Bakker et al. 2012). Ergebnisse der ersten Evaluierungen zeigen tatsächlich eine Tendenz zu einer verbesserten Organisation und Koordination der Versorgung sowie einer funktionierenden Zusammenarbeit zwischen Anbietern und einer erhöhten Einhaltung von Versorgungsleitlinien (De Bakker et al. 2012).

Ebenfalls hilfreich bei der Koordination der Versorgung über mehrere Anbieter hinweg sind interoperable elektronische PatientInnenakten. Ähnlich wie die ELGA in Österreich gibt es bereits in vielen Ländern elektronische PatientInnenakten. Eine Innovation in

diesem Bereich stellen jedoch solche PatientInnenakten dar, auf die zwar von allen in die Versorgung involvierten Leistungserbringern zugegriffen werden kann, die aber auch von den PatientInnen selbst bedient und kontrolliert werden können. In **England** gibt es seit 2008 die Plattform *Patients Know Best*. Auf dieser Plattform können sowohl PatientInnen (bzw. Angehörige) als auch die in ihre Versorgung eingebundenen Gesundheitsdiensteanbieter Inhalte einsehen, eingeben und bearbeiten. Die Inhalte umfassen u.a. Symptome, Medikamente, Termine, Diagnosen und Testergebnisse. So entsteht ein interaktiver Behandlungsplan, auf den alle Beteiligten zugreifen können. Darüber hinaus bietet die Plattform die Möglichkeit mit den Gesundheitsdiensteanbietern über eine Chat- bzw. Videochatfunktion zu kommunizieren sowie die elektronische Gesundheitsakte mit mobilen Anwendungen (z.B. Aktivitätstracker) zu verbinden. Die Ziele von *Patients Know Best* liegen einerseits im Empowerment von PatientInnen in ihrer eigenen Versorgung und andererseits in einer Effizienzsteigerung durch verbesserte Koordination und Vermeidung von unnötigen Arztbesuchen. Von Vorteil ist die Vernetzung, die das Portal bietet, insbesondere für PatientInnen mit komplexeren Bedürfnissen, die Leistungen von mehreren Anbietern in Anspruch nehmen müssen. Anwendung findet das Portal bspw. im sogenannten *South Somerset Symphony Programme*, einem integrierten Versorgungsprogramm für Personen mit mehrfachen chronischen Erkrankungen in der Region South Somerset (Stokes et al. 2016).

Abbildung 31: Benutzeroberfläche der Plattform Patients Know Best



Quelle: <https://www.patientsknowbest.com/> (2018)

Ein *best-practice*-Beispiel im Hinblick auf Online-Gesundheitsportale ist außerdem das Portal sundhed.dk in **Dänemark**. Es bietet einerseits umfassende und qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation, und andererseits Zugriff auf persönliche Gesundheitsdaten von Spitalern, AllgemeinmedizinerInnen und Gemeinden an einem Punkt. Ähnlich wie bei *Patients Know Best* können sowohl die in die Versorgung

eingebundenen Gesundheitsdiensteanbieter als auch die PatientInnen selbst auf die Inhalte zugreifen. Der öffentliche Teil des Portals umfasst u.a. ein medizinisches Handbuch und Informationen zu Themen wie Management von chronischen Erkrankungen, Geburt und Schwangerschaft sowie Gewichtsreduktion und Rauchen. Der für *sundhed.dk* verwendete Zugangsmechanismus kann zudem auch für Bankgeschäfte und Behördenwege genutzt werden. Das Portal zeichnet sich durch eine hohe Benutzerfreundlichkeit aus, sodass es auch von weniger technikaffinen NutzerInnen bedient werden kann. Aufgrund der sensiblen Daten, die darin gespeichert werden, folgt es außerdem hohen Sicherheitsstandards. (Czypionka et al. 2019)

Zusammenfassende Betrachtung & Implikationen

Dieses Kapitel befasste sich mit dem Aspekt der Versorgungskoordination. Die Literatur sowie die durchgeführte qualitative Analyse lassen darauf schließen, dass die Versorgungskoordination im österreichischen Gesundheitssystem mangelhaft ist und daraus verschiedene Problematiken resultieren, z.B.:

- *Kostenineffiziente Versorgung (z.B. unnötige Ambulanzbesuche, lange Wartezeiten)*
- *Abhängigkeit der Versorgung von Gesundheitskompetenz*
- *Veränderte Erwartungshaltungen der PatientInnen*

Zwar liegt Versorgungskoordination in erster Linie in der Verantwortung der Primärversorgung, jedoch sind die Folgen mangelnder Koordination im gesamten Gesundheitswesen und somit auch im extramuralen fachärztlichen Bereich spürbar. Ambulanzgebühren als Mittel zur Steuerung werden kontrovers gesehen – bevorzugt werden zunächst Schritte zur Verbesserung von Angebot und Qualität im Primärversorgungsbereich. Einen Schritt in diese Richtung sollen die sich derzeit in Entwicklung befindlichen Primärversorgungseinheiten darstellen.

International kommen zur Steuerung u.a. Gatekeeping-Systeme zum Einsatz, durch die der Zugang zu sekundärer Versorgung geregelt wird. Diese stellen allerdings einen massiven Eingriff in die Wahlfreiheit der PatientInnen dar und bringen auch diverse Nachteile mit sich. Weitere Ansätze, die zur verstärkten Koordination in der Versorgung international vermehrt Anwendung finden, sind integrierte Versorgungsmodelle, Disease Management Programme sowie integrierte Bezahlungsmodelle.

Die folgenden Empfehlungen können für die Forschung und Politik abgeleitet werden:

Implikationen für die Forschung:

- *Größere, valide Studien bezüglich der Gründe für Ambulanzbesuche wären erforderlich, um gezielte Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen setzen zu können.*
- *Eine Quantifizierung der Anzahl und Kosten von vermeidbaren PatientInnenkonsultationen bei Versorgungsanbietern in höheren Versorgungsstufen wäre nötig, um eine valide Einschätzung der tatsächlichen Größe des Problems geben zu können.*
- *Evaluationen hinsichtlich der Bedarfsdeckung im niedergelassenen Bereich wären notwendig, um Fehlallokation von PatientInnen zu vermeiden.*
- *Sobald die aktuell in Planung befindlichen Primärversorgungseinheiten implementiert sind, sollten sie umfassenden Evaluierungen unterzogen werden, mit einem besonderen Fokus auf ihre Fähigkeit, den sekundären Sektor zu entlasten.*

Implikationen für die Politik und EntscheidungsträgerInnen:

- *Bessere Navigationsinformation für PatientInnen – bspw. durch eine interaktivere, integriertere und vernetztere Gestaltung des bereits existierenden Gesundheitsportals [gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at) – wäre wünschenswert. Als Vorbild könnte [sundhed.dk](https://www.sundhed.dk) aus Dänemark dienen.*
- *Das durch Evidenz gestützte Versorgungsangebot sollte frei von Zugangsbeschränkungen gelassen werden. Wenn dies gewährleistet wird, können andere Wege mit höheren Zugangserfordernissen ausgestattet werden.*
- *Interventionen zur Aufklärung von MigrantInnen bezüglich des österreichischen Gesundheitssystems und dessen Versorgungsstufen wären ratsam durchzuführen. Diese bewusstseins-schaffende Maßnahme soll helfen unnötige Ambulanzbesuche zu reduzieren.*
- *Anhand von empirischen Studien (siehe Implikationen für die Forschung) sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungscoordination gesetzt werden.*
- *Der Behandlungsplan sollte nach internationalem Vorbild (z.B. Patients Know Best) für alle Fachkräfte zugänglich sein.*
- *Es ist zu empfehlen, dass Maßnahmen gesetzt werden, die zu einer besseren*

Integration der Gesundheitsversorgung sowohl zwischen den Versorgungsanbietern als auch zwischen den Versorgungsstufen führen.

- *Am Beispiel der internationalen Initiativen könnten integrierte Versorgungsmodelle und DMPs im österreichischen Gesundheitssystem verstärkt gefördert werden:*
 - *DMPs besser in die Versorgung integrieren; Falls ein DMP für eine chronische Krankheit angeboten wird, jenes als Goldstandard und nicht als Option behandeln.*
 - *Regulatorische Bedingungen schaffen, die eine bessere Koordination zulassen.*
 - *Innovative Strukturen ermöglichen und unterstützen.*
- *Neue Finanzierungsmodelle (z.B. nach dem Vorbild von bundled payments) sollten in Betracht gezogen werden, um eine bessere Serviceintegration, höhere Effektivität und geringere Kosten zu erzielen.*
- *Versorgungseinheiten schaffen, die verschiedene (fachärztliche) Kompetenzen unter einem Dach anbieten, wie auch in der 15a-Vereinbarung 2017-2020 vorgesehen. Hier können integrierte Angebote bspw. für Diabetes-Kontrollen angeboten werden, die nur einen Besuch erfordern.*

4.7 Rechtlicher/vertraglicher Rahmen im Vergleich

In den vorangegangenen Kapiteln wurde auf diverse Qualitätsaspekte im österreichischen Gesundheitssystem sowie dazugehörige Ansätze zur Qualitätsverbesserung aus der internationalen Erfahrung eingegangen. Um solche Verbesserungen auch in Österreich zu erreichen, müssten u.a. entsprechende formale Regelungen in die Gesamtverträge der niedergelassenen FachärztInnen aufgenommen bzw. bestehende Regelungen geändert werden. Eine einheitliche formale Regelung der verschiedenen Qualitätsaspekte in Verbindung mit regelmäßiger Qualitätsmessung und Transparenz ermöglicht eine direkte Vergleichbarkeit über alle Leistungserbringer hinweg. Dies erleichtert die Bereitstellung bedarfsgerechter und qualitätsgesicherter Versorgung.

Aus diesem Grund lohnt es sich, einen Blick in die österreichischen Gesamtverträge bzw. in andere Rechtsgrundlagen, die sich mit der Sicherstellung der Qualität im

extramuralen fachärztlichen Bereich beschäftigen, zu werfen und diese in einen internationalen Kontext zu setzen, um so etwaige Verbesserungspotenziale, in diesem Fall auf rechtlicher Ebene, identifizieren zu können. Zur Unterstützung der Recherche in Bezug auf internationale Regelungen wurden ExpertInnen aus mehreren Ländern per E-Mail kontaktiert.

In **Österreich** gibt es mehrere Rechtsgrundlagen, die sich mit der Sicherstellung der Qualität im extramuralen fachärztlichen Bereich befassen. Aus diesem Grund soll im Folgenden zuerst ein genereller Überblick über die verschiedenen Grundlagen gegeben werden, bevor diese im Hinblick auf die verschiedenen Qualitätsaspekte genauer beleuchtet werden. Im Zuge dessen soll zudem auch auf die regionalen Unterschiede in den Gesamtverträgen hinsichtlich ihrer Ausgestaltung eingegangen werden.

Allen voran stehen in Österreich die *Gesamtverträge für die niedergelassenen § 2-VertragsärztInnen*¹, die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den Ärztekammern abgeschlossen werden und die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen ÄrztInnen sowie Gruppenpraxen regeln. Inhalt dieser Gesamtverträge sind v.a. die Rechte und Pflichten der VertragsärztInnen, die auf Basis der Gesamtverträge Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern abschließen. Weiters enthalten die Gesamtverträge auch die Honorarordnung, welche detaillierte Bestimmungen über das Entgelt für ärztliche Leistungen enthält, sowie der Stellenplan, welcher die Anzahl und die örtliche Verteilung der VertragsärztInnen regelt. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2018)

Allerdings lassen sich auch andere Rechtsgrundlagen identifizieren, die sich mit den Qualitätsdimensionen im extramuralen fachärztlichen Bereich befassen. Dazu gehören die *Vereinbarungen gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) über die Zielsteuerung Gesundheit bzw. die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2017-2021* (im Folgenden „15a-Vereinbarung“) und der dazugehörige *Bundeszielsteuerungsvertrag 2017-2021* sowie der *Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)*. Während letzterer v.a. Planungsrichtwerte für den gesamten ambulanten Bereich vorgibt und deswegen im Zuge der Versorgungsunterschiede nähere Berücksichtigung findet, stellen die 15a-Vereinbarungen etwas breitere Anforderungen an den extramuralen fachärztlichen Bereich. So wird u.a. die Stärkung des Sachleistungsprinzips, die Etablierung von interdisziplinären Versorgungsformen im Bereich der Sachleistung mit dem Ziel der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen mit Öffnungszeiten zu

¹ Gesamtverträge für den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich wurden bis zum Stichtag 01.04.2018 berücksichtigt, etwaige Änderungen nach diesem Zeitpunkt wurden in der Analyse nicht mehr erfasst.

Tagesrandzeiten und am Wochenende, die gemeinsame, überregionale und sektorenübergreifende Planung der ambulanten fachärztlichen Versorgung in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) sowie die Stärkung ambulanter Fachversorgungsstrukturen gefordert. Die 15a-Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens legt zudem die Kriterien für die Standortplanung sowie für die Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation und die Anforderungen an neu einzurichtende Versorgungsangebote, welche im ÖSG zu finden sind, fest.

International werden Qualitätsaspekte im extramuralen fachärztlichen Sektor in vielerlei Hinsicht genauer, umfassender und transparenter geregelt. Oftmals jedoch ist die direkte Vergleichbarkeit und damit Verallgemeinerung auf das österreichische Gesundheitssystem nicht oder nur bedingt gegeben, da die Größe und der Umfang des extramuralen fachärztlichen Bereichs in Österreich eine gewisse Besonderheit im internationalen Vergleich darstellt. In vielen Ländern Europas ist der extramurale Bereich von Primärversorgungseinheiten dominiert, die von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin geführt werden. Fachärztliche Versorgung findet häufig im Spital statt und erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt. Die Koordination der Versorgung bleibt möglichst bei der Primärversorgungseinheit. Teilweise können jedoch Regelungen, die sich in anderen Ländern nur auf den Primärversorgungsbereich beziehen, auch als relevant für den extramuralen fachärztlichen Bereich betrachtet werden.

4.7.1 Gesprächsqualität

Situation in Österreich

Wie bereits in Kapitel 4.1.1 ausgeführt, ist die Verbesserung der Gesprächsqualität ein Teil des Maßnahmenkatalogs zur Umsetzung des Gesundheitsziels 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ bzw. des gleichlautenden operativen Ziels 10 im Bundeszielsteuerungsvertrag. Die Bundeszielsteuerungskommission beschloss in diesem Zusammenhang im Jahr 2016 eine „Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur“ (BMGF 2016). Zu den vier bereits genannten Handlungsfeldern wurden darin folgende prioritäre Handlungsempfehlungen ausgearbeitet:

1. Strategie- und Kulturentwicklung:

- Strategische Öffentlichkeitsarbeit
- Strategische Allianzen
- Konsensus-Statement zur Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Gesprächsqualität als Schwerpunkt in nationale Policies

2. Evidenzbasierte Qualitätsentwicklung:

- Evidenzbasierte Qualitätsstandards
- Muster-Trainingskonzepte
- Qualitätssicherung von Fortbildungsangeboten
- Qualitätsgesicherte PatientInneninformation und Entscheidungshilfen

3. Aus-/Weiter-/Fortbildung:

- Weiterqualifizierung von leitenden und ausbildenden Gesundheitsdiensteanbietern und Fortbildenden
- Fortbildungsinitiative lancieren
- Evidenzbasierte PatientInnenschulungen

4. Organisationsentwicklung:

- Organisationale Verankerung von Gesprächsqualität
- Reorganisation der Rahmenbedingungen
- Systematische Unterstützung der Umsetzung des Kommunikationsunterrichts in der praktischen Ausbildung
- Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung von Gesprächen

Da es sich dabei allerdings nur um Handlungsempfehlungen handelt, ist die Überführung in gesamtvertragliche bzw. sonstige rechtliche Strukturen noch weitgehend ausständig.

Internationale Beispiele

Wie bereits erwähnt, gibt es in **Deutschland** Bestrebungen die sogenannte „sprechende Medizin“ zu stärken. Im Entwurf eines neuen Terminservice- und Versorgungsgesetzes, der im Juli 2018 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wurde, ist vorgesehen den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) dementsprechend anzupassen. Der EBM regelt die Vergütung von VertragsärztInnen in Deutschland durch die gesetzliche Krankenversicherung. Konkret sollen Rationalisierungsreserven, die sich durch den Einsatz von medizinisch-technischen Geräten in der Versorgung ergeben, zugunsten von Verbesserungen von zwendungsorientierten ärztlichen Leistungen genutzt werden. Ein Konzept zur Aktualisierung des EBM muss vom Bewertungsausschuss bis Ende März 2019 vorgelegt werden, bis Ende September 2019 sollen die Änderungen im EBM vorgenommen werden (Deutsches Bundesministerium für Gesundheit 2018).

4.7.2 Medikamentenverschreibung

Situation in Österreich

Die Rahmenbedingungen für die Verschreibung von Heilmitteln sind in den Gesamtverträgen der einzelnen Kassen geregelt, die Erstattung im Erstattungskodex des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Zusätzlich erlässt dieser die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV).

An das operative Ziel 5 im Bundeszielsteuerungsvertrag („Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation“) sind u.a. zwei Indikatoren geknüpft, die sich auf Medikamentenverschreibung beziehen. So soll einerseits die Prävalenz von Polypharmazie und andererseits potenziell inadäquate Medikation bei Älteren reduziert werden. Als Maßnahmen sind dazu u.a. vorgesehen, die Koordination, Konzeption und Umsetzung von eHealth-Anwendungen (z.B. e-Rezept) voranzutreiben, das Rollout der ELGA inkl. e-Medikation fertigzustellen sowie Pilotprojekte zu eHealth umzusetzen. (BMGF 2016)

Die Einführung der e-Medikation (vgl. Kapitel 4.2.1) ist in der ELGA-Verordnung 2015 bzw. der ELGA-Verordnungsnovelle 2017 geregelt.

Internationale Beispiele

In **Frankreich** wurde im Jahr 2009 von der Krankenversicherung für Angestellte (CNAMTS, *Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*) der sogenannte „Vertrag zur Verbesserung von Einzelpraxen“ (CAPI, *Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles*) eingeführt. Dieser konnte von praktischen ÄrztInnen freiwillig eingegangen werden und setzte finanzielle Anreize zur Qualitätsverbesserung auf Basis eines *Pay-for-Performance*-Systems (Czypionka et al. 2017a). Im Jahr 2012 wurde CAPI durch die „Vergütung der Ziele der öffentlichen Gesundheit“ (ROSP, *rémunération sur objectifs de santé publique*) ersetzt, welche nun verpflichtend für alle praktischen ÄrztInnen und einen Teil der FachärztInnen gilt. Im Jahr 2017 wurde ROSP einer Aktualisierung unterzogen. Die Performance der ÄrztInnen wird in der aktuellen Version anhand von 29 klinischen Indikatoren gemessen. In der Vorgängerversion aus dem Jahr 2012 waren zudem Vorgaben zur Praxisorganisation enthalten – diese wurden jedoch mit 2017 in ein separates System, das sogenannte Strukturpaket (*forfait structure*) zur Praxismodernisierung übergeführt. Die klinischen Indikatoren umfassen die Bereiche Prävention, chronische Erkrankungen sowie Medikamentenverschreibung und sind in Anhang 4 dargestellt. Jedem Indikator sind ein Zielwert sowie ein Punktwert zugeordnet, an denen sich die Vergütung der ÄrztInnen richtet. Für die Fachgruppen Kardiologie, Gastroenterologie und

Endokrinologie, für ÄrztInnen in Gesundheitszentren sowie für die Behandlung von Kindern unter 16 Jahren gibt es gesonderte Indikatorensets. Insgesamt wurden im Jahr 2016 EUR 240 Mio. über ROSP an französische ÄrztInnen ausgeschüttet (Assurance Maladie 2017, 2018a).

Der Bereich zur Medikamentenverschreibung enthält diverse Indikatoren zur Generika- und Biosimilarverschreibung sowie zur Verschreibungseffizienz. Jedoch gibt es auch in den anderen Bereichen Indikatoren, die mit Medikamentenverschreibung zusammenhängen, z.B. zur Reduktion von Antibiotika- und Benzodiazepinverschreibungen sowie zur Abklärung des kardiovaskulären Risikos vor der Verschreibung von Statinen (Assurance Maladie 2017, 2018a). Im Strukturpaket zur Praxismodernisierung ist zudem die Verwendung einer zertifizierten Software zur Medikamentenverschreibung vorgesehen (Assurance Maladie 2018b).

In **England** ist die Versorgung durch niedergelassene praktische ÄrztInnen durch den sogenannten *General Medical Services (GMS) Contract* geregelt (NHS England 2018). Dieser wird zwischen dem NHS und dem *General Practitioners Committee* ausgehandelt und wird in der Folge von den individuellen ÄrztInnen mit der jeweils für sie zuständigen *Clinical Commissioning Group* abgeschlossen. Der *GMS Contract* enthält umfassende Regelungen zur Verschreibung von Medikamenten, u.a. zu Verschreibungsmodalitäten, elektronischen Verschreibungen, wiederholbaren Verschreibungen sowie Verschreibung durch dazu befugte Angestellte der Praxis. Für Qualitätsüberlegungen von besonderer Relevanz ist jedoch das sogenannte *Quality and Outcomes Framework (QOF)*, das eine Ergänzung zum *GMS Contract* darstellt. Ähnlich wie bei ROSP in Frankreich werden teilnehmende ÄrztInnen im Rahmen des QOF basierend auf einem Set von Qualitätsindikatoren vergütet. Die Teilnahme am QOF ist freiwillig. Erarbeitet und regelmäßig aktualisiert wird das QOF vom *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*. Das QOF untergliedert sich in eine klinische und eine Public-Health-Komponente und enthält in seiner aktuellen Version 77 Indikatoren. Diese sind wiederum in thematische Unterkategorien unterteilt. Einige Indikatoren des QOF beziehen sich auf die Verschreibung von Medikamenten, meist in Bezug auf spezifische (chronische) Erkrankungen (z.B. Verschreibung von Gerinnungshemmern bzw. Aspirin bei Herz-Kreislaufkrankungen) (BMA/NHS Employers/NHS England 2018).

In **Deutschland** wird die ambulante vertragsärztliche Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten durch den sogenannten Bundesmantelvertrag geregelt, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) abgeschlossen wird. Darin ist u.a. auch die Verordnung von Arzneimitteln geregelt. Neben diversen Regelungen zu Erstattung etc. sieht der Vertrag in § 29a die Erstellung eines Medikationsplanes durch die/den

VertragsärztIn vor, wenn eine/e Versicherte/r dauerhaft gleichzeitig mind. drei verschreibungspflichtige Medikamente einnimmt. Darin muss die/der ÄrztIn alle Medikamente einbeziehen, die sie/er selbst verordnet hat, sowie alle durch andere ÄrztInnen verordneten oder nicht verschreibungspflichtigen Medikamente, die von der/dem Versicherten nach Kenntnis der/des ÄrztIn regelmäßig eingenommen werden. Die/der ÄrztIn muss den Medikationsplan erläutern und in Papierform an die/den Versicherten aushändigen. Des Weiteren beinhaltet Anlage 29 des Bundesmantelvertrags einen Anforderungskatalog für Softwares, die von ÄrztInnen zur Medikamentenverschreibung verwendet werden. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018)

Exkurs: Rechtlicher/vertraglicher Rahmen international in Bezug auf Verwendung von Technologie

Um der steigenden Bedeutung von Informations- und Kommunikationstechnologie in der Gesundheitsversorgung Rechnung zu tragen und die Modernisierung zu unterstützen, kommen in immer mehr Ländern entsprechende rechtliche bzw. vertragliche Regelungen zum Einsatz. eHealth und mHealth sind die zentralen Stichworte in diesem Zusammenhang. eHealth steht für *electronic health* und bezeichnet den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in gesundheitsbezogenen Produkten, Dienstleistungen und Prozessen. mHealth steht für *mobile health* und umfasst alle Arten von Gesundheitsdiensten auf mobilen Geräten wie etwa Apps, bildet also eine Unterkategorie von eHealth. Die Einsatzmöglichkeiten neuer Technologien sind vielfältig und reichen von der Verwaltung über die Kommunikation bis hin zur Therapie an sich. Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang Datensicherheit – Gesundheitsdaten stellen eine besonders heikle Datenkategorie dar und sollten im Rahmen der Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie stets maximalem Schutz unterliegen.

Wie bereits erwähnt, wurden in **Frankreich** die *Pay-for-Performance*-Indikatoren zur Praxisorganisation in einem eigenen Strukturpaket mit dem Ziel der Praxismodernisierung zusammengefasst (*forfait structure*). Dieses teilt sich in zwei Komponenten, wobei die Ziele der ersten Komponente (Ausstattung der Praxis) vollständig erfüllt sein müssen, damit die Praxis Vergütung für Indikatoren der zweiten Komponente (Services für PatientInnen) erhalten können. In dem Strukturpaket sind mehrere Indikatoren enthalten, die sich auf die Verwendung von Technologie beziehen. Neben einer zertifizierten Software für die Medikamentenverschreibung sind in der ersten Komponente bspw. Vorgaben für eine gesicherte Datenübertragung enthalten. In der zweiten Komponente ist vorgesehen, dass diverse Abläufe bzw. Leistungen in

digitalisierter Form erfolgen müssen (z.B. Krankschreibungen, elektronisches Behandlungsprotokoll) (Assurance Maladie 2018b, 2018c).

In **Deutschland** widmen sich mehrere Anlagen des Bundesmantelvertrags der Verwendung von Technologie in der ärztlichen Versorgung. Anlage 31 regelt bspw. die Voraussetzungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen. Gemäß dieser Vereinbarung hat die/der ÄrztIn u.a. sicherzustellen, dass die/der PatientIn sowohl infrastrukturelle Voraussetzungen erfüllt als auch geistig und körperlich in der Lage ist an der telemedizinischen Versorgung mitzuwirken. Außerdem ist ein regelmäßiger persönlicher Kontakt zwischen ÄrztIn und PatientIn vorgesehen. Zusätzlich enthält die Vereinbarung diverse Vorgaben zu Datenschutz und –sicherheit in der Anwendung der telemedizinischen Verfahren. Weiters regelt Anlage 31b bspw. Anforderungen zur Durchführung von Videosprechstunden. Dies umfasst Bestimmungen zum Datenschutz, Anforderungen an die TeilnehmerInnen (z.B. Gewährleistung von Privatsphäre), an die/den ÄrztIn (z.B. Einholen schriftlicher Einwilligung der/des PatientIn) sowie an den Videodienstanbieter. Ebenso relevant in diesem Zusammenhang ist Anlage 32, die Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den VertragsärztInnen entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur. (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018)

Tabelle 14: Anteil der EU-Mitgliedsstaaten mit etablierten mHealth-Services, 2009 und 2015

	2009	2015
Health call centres/helplines	64%	70%
Emergency toll-free telephone services	64%	76%
Treatment adherence	40%	61%
Appointment reminders	53%	74%
Awareness-raising	28%	61%
Mobile telemedicine or telehealth	64%	74%
Emergency response and management	56%	63%
Health surveys	21%	59%
Surveillance	17%	41%
Patient monitoring	47%	70%
Access to information and tools	36%	70%
Access to CDSSs	25%	52%
Access to electronic patient information	47%	72%

Quelle: World Health Organization (2016)

Vorgaben für eHealth- und mHealth-Anwendungen sind u.a. in der **EU-Medizinprodukteverordnung** enthalten. Als Medizinprodukte sind solche Anwendungen laut der Verordnung dann einzustufen, wenn sie dem Hersteller zufolge für den Menschen bestimmt sind und einen oder mehrere der darin genannten medizinischen

Zwecke erfüllen sollen (u.a. Diagnose, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten, Prognose, Verhütung).

Tabelle 14 zeigt die Anteile der EU-Mitgliedsstaaten, in denen 2009 bzw. 2015 etablierte mHealth-Services in verschiedenen Kategorien existierten. Der Überblick zeigt, dass es in allen Kategorien zu (teils deutlichen) Anstiegen kam. (World Health Organization 2016)

4.7.3 Transparenz

Situation in Österreich

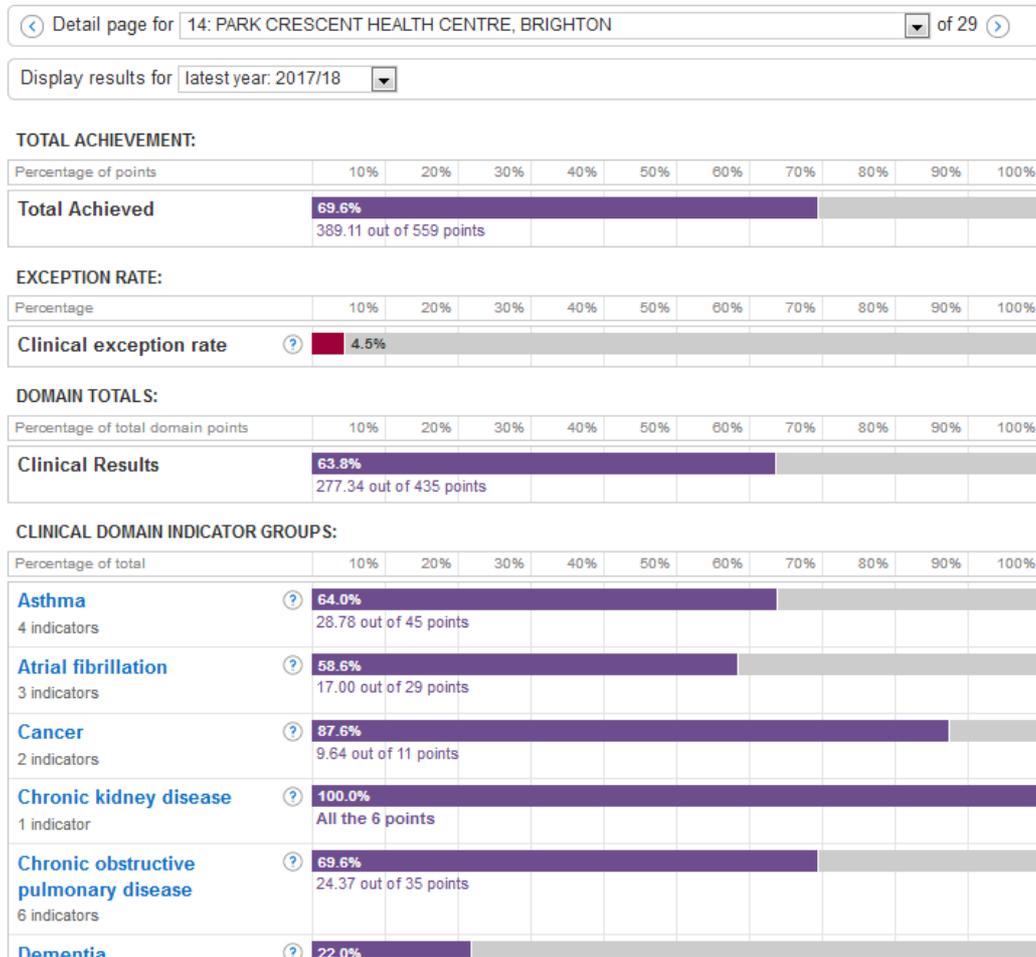
Das Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) sieht eine flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen im Rahmen systematischer Qualitätsarbeit vor. Diese Qualitätsarbeit soll bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen und insbesondere auch den niedergelassenen Bereich miteinschließen. Dabei sind die Prinzipien der PatientInnenorientierung und der Transparenz zu berücksichtigen. Verbesserungen sollen in allen Ebenen erreicht werden, d.h. in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (vgl. Czypionka et al. 2017a für mehr Informationen)

Auch unter den im Bundeszielsteuerungsvertrag festgeschriebenen gemeinsamen handlungsleitenden Prinzipien finden sich u.a. das „Bekenntnis zu Qualität“ sowie „Transparenz und Wirkungsorientierung“. Zu diesem Zweck soll eine umfassende, vergleichbare und standardisierte Qualitätsmessung im intra- und extramuralen Bereich zum Einsatz kommen. Mehrere Ziele befassen sich direkt oder indirekt mit Qualität, insbesondere aber das strategische Ziel 2 („Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“). Für die extramurale fachärztliche Versorgung besonders relevant ist dabei das operative Ziel 8, das die „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ vorsieht (BMGF 2016). Laut Monitoringbericht 2018 (Bachner et al. 2018) sind Messgrößen bzw. ein Konzept zur Qualitätsmessung in diesem Bereich noch zu entwickeln.

Internationale Beispiele

In **England** wird die Performance der Arztpraxen, die sich am QOF beteiligen, auf dem **QOF-Portal auf NHS Digital** veröffentlicht. Verpflichtet sich eine Arztpraxis also zur Teilnahme am QOF, so erklärt sie sich gleichzeitig damit einverstanden, dass die Ergebnisse bzgl. der einzelnen Indikatoren öffentlich zugänglich gemacht werden. Beispielhaft zeigt Abbildung 32 einen Auszug der veröffentlichten Ergebnisse einer Arztpraxis.

Abbildung 32: Beispiel für veröffentlichte Ergebnisse des QOF einer Arztpraxis (Auszug)



Quelle: NHS Digital (2018)

In den **Niederlanden** ist im *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 407, 2015*, welches die Qualität der Gesundheitsversorgung, die Behandlung von Beschwerden und Unterschiede in der Versorgung zum Thema hat, festgehalten, dass der Leistungsanbieter für die systematische Überwachung, Bestimmung und die Verbesserung von Qualität zuständig ist (Artikel 7, 1). Die Verpflichtung umfasst das Sammeln und Registrieren von Daten in Bezug auf Qualität in einer systematischen Weise, sodass diese mit den Daten von anderen Leistungsanbietern der gleichen Kategorie vergleichbar sind (Artikel 7, 2b).

In Artikel 10 wird zudem festgehalten, dass Leistungsanbieter Information zu Tarifen, Wartezeiten und die Qualität der angebotenen Leistungen, was auch die Erfahrungen von PatientInnen beinhaltet, für PatientInnen zugänglich machen müssen. Diese Information soll als Entscheidungshilfe für PatientInnen bei der Suche nach

einer/einem ÄrztIn dienen (Artikel 10, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 407,2015).

In **Deutschland** werden Qualitätsindikatoren nur für den Krankenhausbereich registriert und publiziert, nicht jedoch für den primären Gesundheitssektor. Aber auch im niedergelassenen Bereich stellt die Qualitätsarbeit eine wesentliche Anforderung dar und es besteht die vertragliche Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems. Dies ist in Anlage 3 des Bundesmantelvertrags geregelt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018). Dabei können Arztpraxen frei zwischen den Anbietern wählen, wie bspw. die in Kapitel 4.3.3 Zertifizierungsverfahren. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Richtlinien, die die Qualität im niedergelassenen Bereich betreffen und sicherstellen sollen sowie die fixe Verankerung der Qualitätsarbeit im Bereich der Continuing Medical Education. (Czypionka et al. 2017a)

4.7.4 Wartezeiten

Situation in Österreich

Die 15a-Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens legt fest, dass die Wartezeiten auf ausgewählte Leistungen zu erfassen und zu bewerten und in weiterer Folge transparent im Internet zu veröffentlichen sind. Im Rahmen des operativen Ziels 9 im Bundeszielsteuerungsvertrag („Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen“) ist dementsprechend als Maßnahme 3 die Etablierung eines sektorenübergreifenden Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitorings vorgesehen.

Einzelne Gesamtverträge schreiben zudem fest, dass Akutfälle am selben Tag zu behandeln sind und Termine, je nach Dringlichkeit, innerhalb von acht Wochen, maximal jedoch von drei Monaten zu vergeben sind, wobei PatientInnen mit Zuweisung bevorzugt, jedenfalls innerhalb von acht Wochen, zu behandeln sind. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass kurzfristige Routine- und Kontrollbesuche gleich in der Ordination zu vereinbaren sowie Telefone zu den Ordinationszeiten ausreichend zu besetzen sind, damit Termine telefonisch vereinbart werden können. Wie bereits in Kapitel 4.4.1 näher ausgeführt, gibt es seit Anfang 2018 zudem für Radiologie-Institute mit Kassenvertrag Vorgaben für Wartezeiten bei CT- und MR-Untersuchungen.

Ein Beispiel für besonders umfassende Bemühungen zur Verringerung von Wartezeiten in Österreich stellt Oberösterreich dar. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) und die Ärztekammer Oberösterreich schlossen 2018 einen Vertrag ab, der Konzepte für den vertragsärztlichen Bereich beinhaltet. Um die in Kapitel 4.4.1 (Tabelle 9) angeführten Zielwerte für Wartezeiten auf Facharzttermine zu erreichen, die ab 2019 gültig sind, wird eine Clearingstelle in der Ärztekammer eingerichtet, die Termine

für Fach- und HausärztInnen koordinieren soll. Dort sollen Ordinationen rechtzeitig melden, wenn die Grenzen ihrer Kapazitäten erreicht sind und sie die Zielwerte voraussichtlich nicht einhalten können, sodass andere Ordinationen in umliegenden Regionen PatientInnen übernehmen. PatientInnen sollen sich auch direkt an die Clearingstelle wenden können, wenn sie bei einer/einem ÄrztIn keinen (zeitgerechten) Termin erhalten. Sollten die Zielwerte längerfristig nicht erreicht werden können, so sollen zusätzliche Kassenstellen geschaffen werden. Um die Attraktivität von Kassenstellen zu erhöhen, hat sich die ÖOGKK zu finanziellen Zugeständnissen verpflichtet, u.a. in Form von angehobenen Honoraren und gelockerten Honorarlimits. (ÖOGKK 2018)

In Vorarlberg wurde weiters im Jahr 2016 auf Basis einer gesamtvertraglichen Vereinbarung ein sogenanntes Dringlichkeits-Terminsystem eingeführt. Dabei handelt es sich um eine Softwareapplikation, die von der Ärztekammer zur Verfügung gestellt wird. Sie ermöglicht es VertragsärztInnen für Allgemeinmedizin, Kinder-/Jugendheilkunde und Innere Medizin für dringliche Fälle kurzfristig direkt einen Termin bei VertragsärztInnen anderer Fachgruppen zu vereinbaren. Zu diesem Zweck stellen FachärztInnen Terminkontingente außerhalb ihrer mit der Kasse vereinbarte Ordinationszeiten zur Verfügung, wobei es je Fachgruppe eine Obergrenze an anzubietenden Terminen gibt. Die Teilnahme der FachärztInnen an dem System ist freiwillig. Sowohl für die überweisenden ÄrztInnen als auch für die teilnehmenden FachärztInnen erfolgt die Honorierung über einen Zuschlag pro gebuchtem Termin. Das System ist vorerst bis 2020 befristet und wird evaluiert. (Ärztekammer Vorarlberg 2018a, 2018b)

Internationale Beispiele

Die Einrichtung der bereits in Kapitel 4.4.3 näher beschriebenen Terminservicestellen in **Deutschland** ist über den im Jahr 2016 geschlossenen **Sicherstellungsauftrag §75 Absatz 1a**, der die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung thematisiert, sowie über Anlage 28 des Bundesmantelvertrages geregelt. Letzterer enthält bspw. auch Vorgaben zum Ablauf der Überweisung, zu Rechten und Pflichten der Versicherten, zumutbaren Entfernungen, ambulanter Behandlung im Krankenhaus, Datenschutz und Evaluation enthalten (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018).

In den **Niederlanden** sind Wartezeiten durch sogenannte *treeknormen* geregelt. *Treeknormen* sind Normen, welche die maximale zumutbare Wartezeit auf einen Arzttermin oder Behandlungsbeginn angeben. Die Normen werden von Gesundheitsdiensteanbietern und Versicherungsanstalten gemeinsam erarbeitet. Die vorgesehenen Wartezeiten unterscheiden sich je nach Sektor bzw. Zielgruppe – so gibt

es bspw. eigene Vorgaben für psychische Gesundheitsversorgung bzw. Versorgung von Personen mit körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung. (De Staat van Volksgezondheid en Zorg 2018)

Seit 1. Jänner 2018 sind zudem die niederländischen Krankenhäuser sowie Leistungserbringer der psychischen Gesundheitsversorgung durch die niederländische Regierung und die Transparenzregelung der niederländischen Versorgungsanbieter (NR/REG-1824) dazu verpflichtet die Wartezeiten auf ihrer eigenen Webseite monatlich zu publizieren. Beispielhaft sind im Folgenden die publizierten Wartezeiten für die einzelnen Abteilungen des Krankenhauses ErasmusMC in Rotterdam in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Publierte Wartezeiten des ErasmusMC

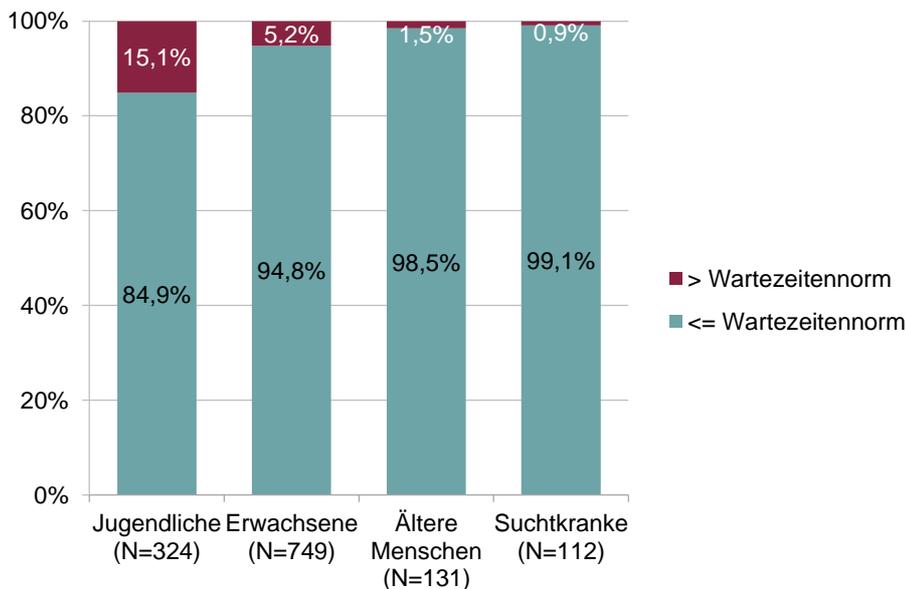
Abteilung	Abteilung - Untergruppe	Wartezeit in Tagen
Kardiologie	Allgemeine Kardiologie	43
Dermatologie	Allgemeine Dermatologie	7
Chirurgie	Allgemeinchirurgie	7
	Onkologie	7
	Onkologische Behandlung	14
	Allgemeine Gefäßchirurgie	12
Innere Medizin	Allergologie	40
	Endokrinologie	35
	Geriatrie	49
	Immunologie	35
	Infektionskrankheiten	7
	Nephrologie	7
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Allgemeine Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	4
Lungenheilkunde	Allgemeine Lungenheilkunde	9
	Onkologie	5
Gastroenterologie	Allgemeine Gastroenterologie	13

Quelle: erasmusmc.nl (2018), Darstellung: IHS (2018)

Vor allem im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung ist es in den Niederlanden in den vergangenen Jahren vermehrt zu langen Wartezeiten gekommen. Um dieses Problem zu lösen haben sich Versorgungsanbieter und die niederländische Gesundheitsversorgungsautorität (nl.: *Nederlands Zorgautoriteit*) auf verschiedene Maßnahmen geeinigt. Sollten die Leistungserbringer für psychische Gesundheitsversorgung die maximale Wartezeit überschreiten, müssen diese ihre PatientInnen mündlich oder schriftlich darüber informieren (Artikel 6.2 Transparenzregelung Versorgungsanbieter GGZ NR/REG-1824). Weiters können Leistungserbringer einen Anmeldestopp verkünden und in Folge keine neuen PatientInnen mehr annehmen, wodurch die Wartezeiten für bereits bestehende PatientInnen ebenfalls verringert werden.

Darüber hinaus sind Anbieter im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung verpflichtet die Wartezeiten für Behandlungen an **Vektis**, das Informationszentrum der niederländischen Versicherungsgesellschaften, mitzuteilen. Ziel dabei ist, die Wartezeiten entsprechend der Wartezeitennormen zu gestalten. Die gesammelten Wartezeitendaten werden in weiterer Folge von der niederländischen Gesundheitsversorgungsautorität überwacht werden. Im Sinne der Transparenz wird außerdem veröffentlicht, wie viel Prozent der Leistungserbringer die vorgegebene Wartezeitennorm erfüllen bzw. unterschreiten oder überschreiten. Dabei werden die Wartezeiten für die Versorgung von Jugendlichen, Erwachsenen, Älteren sowie von Suchtkranken getrennt dargestellt (vgl. Abbildung 33). (Mediquest, 2017)

Abbildung 33: Anteil der Leistungserbringer in der psychischen Gesundheitsversorgung, deren Behandlungswartezeit den vorgegebenen Wartezeitennormen entsprechen



Quelle: MediQuest (2017), Darstellung: IHS (2018)

4.7.5 Versorgungsunterschiede & Unterversorgung

Situation in Österreich

§ 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), der sich mit dem Inhalt der Gesamtverträge beschäftigt, legt fest, dass bei der Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der VertragsärztInnen auf die RSG Bedacht genommen werden muss und dass dabei das Ziel einer ausreichenden ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der

Bevölkerungsdichte und -struktur erreicht werden soll. Zudem soll in der Regel die Auswahl zwischen mind. zwei in angemessener Zeit erreichbaren VertragsärztInnen oder einer/einem VertragsärztIn und einer Vertragsgruppenpraxis freigestellt sein.

Die einzelnen Gesamtverträge weisen in diesem Zusammenhang allgemein darauf hin, dass die örtliche Verteilung der VertragsärztInnen unter der Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen Ärztekammer und Kasse festgelegt wird und dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung auch die Verschiedenheit zwischen Wohn- und Beschäftigungsort berücksichtigen muss. Vereinzelt fordern die Gesamtverträge auch, dass ein ausgewogener Versorgungspfad zwischen den Versorgungsregionen, der medizinische Fortschritt, die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger sowie die Streuung der Versicherten bei der Möglichkeit der Inanspruchnahme berücksichtigt werden muss.

Genauere Berücksichtigung findet die Thematik der Versorgungsunterschiede zudem in der 15a-Vereinbarung, in der Kriterien, dargestellt in Tabelle 16, für die Bedarfsfeststellung und regionale Planung von Kapazitäten für die ambulante Fachversorgung festgelegt werden, die in weiterer Folge im ÖSG umgesetzt werden.

Tabelle 16: Kriterien für ambulante Fachversorgung gemäß 15a-Vereinbarung

Kriterien für die Standortplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Standorte der Versorgungsangebote sind flächendeckend und regional gleichmäßig verteilt • Standorte von Versorgungsangeboten sind verkehrsmäßig, auch im öffentlichen Verkehr, gut erreichbar
Kriterien für die Analyse der bestehenden regionalen Versorgungssituation	<ul style="list-style-type: none"> • Demographische, sozioökonomische und epidemiologische Merkmale der Bevölkerung in der Region/im Einzugsgebiet • Inanspruchnahme und Auslastung von regional bestehenden Versorgungsangeboten (falls sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen) • Anzahl der Besuche und Kontakte in Spitalsambulanzen der jeweiligen Fachgebiete im Einzugsgebiet
Anforderungen an neu einzurichtende Versorgungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> • Umfang des Leistungsangebots entsprechend „ambulanter Leistungsmatrix, Aufgabenprofil und Ausstattung“ gemäß ÖSG mit besonderer Berücksichtigung regionaler Defizite

Quelle: BGBl 15a Vb. OF & ZG, Darstellung: IHS (2018)

Im ÖSG wird auf Basis dieser Kriterien eine Rahmenplanung vorgenommen, bei der Planungsrichtwerte für die einzelnen Fachgebiete vorgegeben werden. Diese berücksichtigen dabei nicht nur die sogenannten versorgungswirksamen ärztlichen

ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE)¹, eine bundesweit einheitliche Messgröße, sondern auch die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte sowie die Erreichbarkeitsverhältnisse im Individualverkehr. Somit wird eine Grobabschätzung des Bedarfs auf Basis dieser Richtwerte vorgenommen, die durch eine regionale sektorenübergreifende Bedarfsabschätzung und Angebotsplanung im Rahmen der einzelnen RSG komplementiert wird, wodurch Versorgungsunterschiede vermieden werden sollen.

Regelungen bezüglich der Öffnungszeiten lassen sich in fast allen Gesamtverträgen finden, wobei die Genauigkeit der Bestimmungen jedoch zwischen den einzelnen Trägern variiert. Tabelle 17 gibt einen anonymisierten Überblick über die trägerspezifischen Unterschiede in den Öffnungszeitenregelungen.

Tabelle 17: Trägerspezifische Unterschiede in den Öffnungszeitenregelungen laut Gesamtverträgen für den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich

Träger	Bestimmung
Träger 1	<ul style="list-style-type: none"> • Regelung je nach Datum des Vertragsabschlusses • Ab 2017: mind. 22 Wochenstunden an fünf Werktagen, zwei Nachmittagsordinationen (zwei Stunden ab 13Uhr) oder eine Nachmittags- und eine Samstagordination – Nachmittagsordination • Abstimmung der Urlaubszeiten
Träger 2	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestöffnungszeit: 20 Wochenstunden • An mind. zwei Werktagen muss die Ordination nach 15 Uhr geöffnet sein, eine davon kann durch eine Samstagordination ersetzt werden
Träger 3	<ul style="list-style-type: none"> • PatientInnenfreundlich • Vorhandensein eines Terminmanagements • Mindestordinationszeit: 20 Wochenstunden (Kinder-/Jugendpsychiatrie: 26 Wochenstunden) verteilt tunlichst auf fünf, mind. aber auf vier Werktage • Es sind zwei von drei Ordinationsblöcken mind. einmal pro Woche zu wählen: abends mind. zwei Stunden ab 17 Uhr, nachmittags mind. zwei Stunden ab 13 Uhr oder morgens mind. zwei Stunden ab 7 Uhr
Träger 4	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestöffnungszeit: 20 Wochenstunden verteilt auf fünf Tage, für VertragsärztInnen ab 31.12.2006: 22 Wochenstunden • Mind. zwei Stunden am Nachmittag zwischen 15 und 19 Uhr oder am Samstag • Bei Abweichungen von den „gesetzlichen“ Öffnungszeiten: Rücksichtnahme auf Versorgungssituation in Bezirk/Sprenge

¹ ÄAVE pro Fachrichtung und Region berechnen sich für den VertragsärztInnenbereich aus dem Verhältnis zwischen den Erstkonsultationen in der Region und dem österreichischen Mittelwert pro „Vollvertragsarzt/-ärztin“. Als VollvertragsärztInnen werden hierbei jene ÄrztInnen bezeichnet, die ganzjährig einen Vertrag mit allen Krankenversicherungsträgern aufweisen. (vgl. HVB - Regiomed, 2018)

Träger	Bestimmung
Träger 5	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestöffnungszeit: 20 Wochenstunden an zumindest fünf Werktagen (Montag-Samstag) • Mind. zwei Nachmittagsordinationen: drei Stunden ab 14 Uhr oder zwei Stunden ab 16 Uhr bzw. 2 Abendordinationen: drei Stunden ab 16 Uhr oder zwei Stunden ab 18 Uhr, wobei eine davon durch eine zweistündige Samstagsordination ersetzt werden kann • Neue VertragsärztInnen (ab 01.07.2006) müssen sich an den Ordinationszeiten in der Versorgungsregion bestehender VertragsärztInnen derselben Fachrichtung orientieren, eine Überschneidung von Nachmittags- bzw. Abendordinationen ist an höchstens einem Tag zulässig (wenn es dadurch nur einen fixen Nachmittag gibt, muss an einem anderen Tag eine Abendordination angeboten werden) • Ab zwei VertragsärztInnen derselben Fachrichtung muss von Montag bis Freitag mindestens eine Ordination geöffnet sein; der ordinationsfreie Tag „neuer VertragsärztInnen“ darf sich nicht mit jenen der „alten VertragsärztInnen“ überschneiden • Bereits niedergelassene VertragsärztInnen müssen eine Änderung ihrer Ordinationszeiten entsprechend dieser Bestimmungen nur dann vornehmen, wenn sie dadurch keine Verschlechterung erfahren

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018), Darstellung: IHS (2018)

Zusätzlich fordert auch die 15a-Vereinbarung, dass neu einzurichtende Versorgungsangebote die Zugänglichkeit durch längere Öffnungszeiten, auch an den Tagesrandzeiten und gegebenenfalls an Wochenenden, entsprechend dem regionalen Bedarf, verbessern sollen.

Internationale Beispiele

In **Frankreich** sind im bereits erwähnten *Pay-for-Performance*-System ROSP diverse Indikatoren enthalten, die eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung in mehreren Bereichen garantieren sollen. Dies gilt insbesondere für die Vorgaben bzgl. der Versorgung von chronisch Kranken, die u.a. regelmäßige für die Erkrankung relevante Untersuchungen und Tests vorsehen (siehe Anhang 4) (Assurance Maladie 2017, 2018a).

Auch im QOF in **England** zielt ein großer Teil der Indikatoren darauf ab die Versorgung zu vereinheitlichen und eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle PatientInnen sicherzustellen. In diesem Zusammenhang enthält das QOF – ähnlich wie ROSP, aber in noch umfangreicherem Maße – Vorgaben zu regelmäßigen Untersuchungen bei zahlreichen chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus sieht das QOF vor, dass die Arztpraxen für eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen jeweils ein Register der erkrankten PatientInnen führt (BMA/NHS Employers/NHS England 2018). Solche Register unterstützen die Planung der Versorgung und können so dazu beitragen Versorgungsunterschiede bzw. Unterversorgung zu vermeiden.

4.7.6 Versorgungskoordination

Situation in Österreich

Im Rahmen des strategischen Ziels 2 im Bundeszielsteuerungsvertrag („Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“) widmen sich vier operative Ziele der operativen Dimension „Besser koordinierte Versorgung“. Operatives Ziel 5 betrifft den gezielten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie zur PatientInnenversorgung, Systemsteuerung und Innovation, operatives Ziel 6 betrifft direkt die Verbesserung der integrierten Versorgung, operatives Ziel 7 die sektorenübergreifende gemeinsame Optimierung der Medikamentenversorgung und operatives Ziel 8, wie bereits in Kapitel 4.7.3 erwähnt, die Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich. Als Indikatoren in Bezug auf operatives Ziel 6 sind Aufenthalte mit kurzer präoperativer Verweildauer in Fondskrankenanstalten (Zielwert: 94%) sowie in Therapie Aktiv versorgte PatientInnen und teilnehmende ÄrztInnen (Ziel: Anstieg) angeführt (BMGF 2016).

Auch in der 15a-Vereinbarung ist festgeschrieben, dass zur Verbesserung der integrierten Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, interdisziplinäre und multiprofessionelle sowie intersektorale Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse und Versorgungsstandards zu definieren sind. Im Steuerungsbereich Versorgungsprozesse ist weiters vorgesehen, dass bei der Entwicklung und Festlegung von bundesweit einheitlichen Qualitätsstandards ein Schwerpunkt insbesondere auf die Sicherstellung einer integrierten Versorgung von chronischen Erkrankungen zu legen ist. Außerdem wird auf die koordinierende Rolle der Primärversorgung hingewiesen.

Internationale Beispiele

Das Strukturpaket zur Praxismodernisierung in **Frankreich** enthält in seiner zweiten Komponente auch Indikatoren zur Verbesserung der Versorgungskoordination. Ein Indikator in der zweiten Komponente des Pakets sieht vor, dass die/der ÄrztIn sich an Aktivitäten bzw. Initiativen zur Koordination beteiligt. Dazu zählen bspw. multidisziplinäre Versorgungsteams, lokale Netzwerke von Gesundheitsdiensteanbietern oder regelmäßige multidisziplinäre Vernetzungstreffen. Ein weiterer Indikator in der zweiten Komponente betrifft die Versorgung von PatientInnen mit komplexen Bedürfnissen und soll ebenfalls zur verstärkten Koordination anregen. So gilt der Indikator bspw. als erfüllt, wenn die/der ÄrztIn an mind. einem von mehreren genannten Versorgungsprogrammen für Personen mit komplexen Bedürfnissen teilnimmt oder eine strukturierte Kooperation mit anderen

ÄrztInnen in der Versorgung von solchen PatientInnen aufbaut (Assurance Maladie 2018b, 2018c).

Das QOF in **England** enthält lediglich einen Indikator, der auf eine verbesserte Versorgungskoordination abzielt. Es handelt sich dabei um einen Indikator zur Palliativversorgung, der vorsieht, dass regelmäßig (zumindest alle drei Monate) multidisziplinäre Fallbesprechungen abgehalten werden, in denen alle im Palliativregister der/des jeweiligen ÄrztIn gelisteten PatientInnen besprochen werden (BMA/NHS Employers/NHS England 2018).

Die bereits in Kapitel 4.6.3 beschriebenen *bundled payments* in den **Niederlanden** werden zwischen den Krankenversicherungen und den jeweiligen *care groups* ausgehandelt. Letztere schließen wiederum Verträge mit den einzelnen Leistungserbringern ab, die in die Versorgung eingebunden sind. (Rutten-van Mölken 2014)

Zusammenfassende Betrachtung & Implikationen

Dieses Kapitel befasste sich mit der rechtlichen bzw. vertraglichen Verankerung der unterschiedlichen Qualitätsdimensionen in Österreich bzw. international. Bisher nützen die Gesamtverträge in Österreich die Möglichkeit, Anforderungen an qualitätsvolle Leistungserbringung zu stellen, nur sehr bedingt. Im Rahmen der Zielsteuerung wurden zwar diverse Ziele in diese Richtung formuliert, deren konkrete Umsetzung ist aber teilweise noch wenig fortgeschritten.

International sind Qualitätsaspekte mitunter einer festeren rechtlichen bzw. vertraglichen Verankerung unterworfen. In Frankreich und England kommen bspw. Pay-for-Performance-Systeme zum Einsatz, die für ÄrztInnen Anreize zur Qualitätsverbesserung geben sollen. Auch im deutschen Bundesmantelvertrag sind einzelne Qualitätsaspekte teilweise detailliert geregelt.

Implikationen für die Politik und EntscheidungsträgerInnen:

- *Die Gesamtverträge werden zu wenig genutzt, um konkrete Vereinbarungen über die Qualität der Versorgung zu treffen. Auch die Ärztekammern müssten daran interessiert sein, dass PatientInnen bestmöglich versorgt sind, weswegen weitergehende Regelungen angestrebt werden sollten.*
- *Bei den Öffnungszeiten sollten auf Basis von Bedarfserhebungen konkretere Regelungen getroffen werden, um die regionale Versorgung flächendeckend*

sicherzustellen. Unbeliebte Randzeiten könnten monetär incentiviert oder durch alternative Angebote (z.B. Walk-In-Zentren mit angestelltem Personal, ggf. dem Spital vorgeschaltet) abgefangen werden.

- *Wartezeiten sollten einerseits öffentlich einsehbar sein und andererseits sollten objektive Obergrenzen gelten, welche in den Gesamtverträgen festgesetzt werden könnten.*
- *Das Terminmanagement könnte durch die Verpflichtung eines Online-Anmeldesystems verbessert werden. Auf Basis des Terminsystems könnten auch schnell Engpässe erkannt werden. Diese Verpflichtung sollte in den Gesamtverträgen festgeschrieben werden.*
- *Ähnliches gilt für die Einführung eines elektronischen Überweisungssystems und das ordnungsgemäße Ausfüllen von Überweisungen.*
- *Ebenso sollte die Durchführung der Untersuchung regionaler Variationen in der Behandlung und die Besprechung dieser Ergebnisse in die Verträge aufgenommen werden. Um dies für ÄrztInnen interessanter zu machen, könnten KollegInnen diese Gespräche auf Basis der Auswertungen der Versicherungsträger durchführen.*
- *Die Erfüllung von Qualitätsindikatoren könnte eine Bedingung für die Renumeration von ÄrztInnen darstellen und sollte in die Gesamtverträge mitaufgenommen werden.*
- *Die mangelnde Transparenz könnte durch das Festsetzen von Maßzahlen (und deren Veröffentlichung) in den Gesamtverträgen bekämpft werden.*
- *Die Gesprächsqualität sollte aktiv schon zur Bewusstseinsbildung in den Gesamtverträgen festgehalten sein. Gesprächsmedizin könnte auch stärker im Honorarkatalog Niederschlag finden.*
- *Zur Stärkung der Versorgungskoordination sollte die Idee der umfassenderen integrierten Versorgung (z.B. in Form eines Diabeteszentrums) entsprechend der 15a-Vereinbarung 2017-2021 wiederaufgegriffen werden und in den Gesamtverträgen verankert werden.*
- *Es sollten vermehrt DMPs entwickelt und als Standardversorgung definiert werden.*

5 Fazit

Im Zuge der vorliegenden Studie wurde die extramurale fachärztliche Versorgung anhand diverser Qualitätsaspekte untersucht, Verbesserungspotenziale identifiziert und Lösungsansätze aus der internationalen Erfahrung zusammengetragen. Eine wesentliche Problematik bestand in der Tatsache, dass viele Länder, im Gegensatz zu Österreich, fachärztliche Versorgung vorwiegend oder ausschließlich im Krankenhaus anbieten. Darüber hinaus übernimmt die Primärversorgung in anderen Ländern eine Reihe von Aufgaben, die hierzulande im niedergelassenen fachärztlichen Bereich beheimatet sind. Damit ergibt sich im extramuralen fachärztlichen Bereich oft keine Vertragskonstruktion, wie sie in Österreich durch die Gesamtverträge gegeben ist, sondern ein Anstellungsverhältnis. Dennoch wurde versucht, Elemente aus der Literatur und internationale Beispiele in die Empfehlungen für Forschung einerseits und Anwenderebene andererseits zu einfließen zu lassen.

Zusammengefasst zeigen sich – wenn die extramurale fachärztliche Versorgung auch auf im Schnitt hohem Niveau stattfindet – diverse Qualitätsdefizite in den betrachteten Bereichen. Einige der identifizierten Defizite stehen mit Sicherheit auch mit Ineffizienz und schlechteren Outcomes in Zusammenhang, was für die Systemgestalter Handlungsbedarf bedeutet. Das Heben von Verbesserungspotenzialen in der extramuralen fachärztlichen Versorgung erfordert dabei jeweils oft Maßnahmenbündel, welche oft nicht alleine über die Gesamtverträge umgesetzt werden können. Vielmehr ist ein Zusammenspiel der verantwortlichen Stakholder notwendig, um beispielsweise Ausbildungsinhalte anzupassen und umgekehrt über Vertragsverhandlungen die Gesprächsqualität zu stärken. Im Folgenden werden kurz die Rahmenbedingungen adressiert und die Empfehlungen der Kapitel zusammengefasst. Für konkrete Beispiele sei auf diese verwiesen, da die einzelnen Empfehlungen dort ausführlicher dargestellt sind.

Politische und regulatorische Rahmenbedingungen

Die Umsetzung der Empfehlungen findet natürlich in einem komplexen Umfeld statt, in dem Gesetzgeber, selbstverwaltete Krankenversicherungsträger und Ärztekammern zusammenspielen. Auffallend in Österreich ist der geringe Grad an Freiheiten in der Gestaltung der Versorgung. Selbst in §342 ASVG zu den Gesamtverträgen ist normiert, dass die Stellenpläne „unter Bedachtnahme“ auf den RSG zu erstellen sind, obwohl dieser auf einer Bedarfsplanung beruht und zudem im Landesgesundheitsfonds beschlossen wird. Aus diesem Grund ist auch die Etablierung von selektiven Kontrahierungsmöglichkeiten oder alternativen Versorgungslösungen mit größeren Umständen für die Sozialversicherung verbunden, wenn sich Probleme bei der Besetzung von Stellen finden, obwohl in Österreich nur diese, und nicht wie bspw. in

Deutschland die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit der Sozialversicherung für die Sicherstellung der Versorgung Sorge zu tragen haben.

Um eine Verbesserung der extramuralen fachärztlichen Versorgung zu erzielen, bedarf es daher schon auf der Normenebene einer Flexibilisierung der Gestaltungsmöglichkeiten (wie erreichen wir Qualität?), während die Qualitätsvorgaben klarer geregelt werden sollten (was für Qualität soll erreicht werden?). Als internationales Beispiel wäre hier Deutschland anzuführen, wo durch die weitergehenden Möglichkeiten der Gesetzgebung zur integrierten Versorgung innovativere Versorgungsansätze, wie bspw. diverse integrierte Versorgungslösungen oder auch die MVZs (Medizinische Versorgungszentren) hervorgebracht wurden. Damit zusammenhängend wurde zudem etabliert, dass auch Modelle mit von der Norm abweichenden Bezahlungs- und Organisationsformen gewählt werden können. Solche Modell- oder Experimentierparagrafen wären essentiell für Österreich, da in einem so stark planerischen System nur wenige Möglichkeiten zur Innovation und Weiterentwicklung bestehen. Umgekehrt sind die Systempartner verständlicherweise wenig risikoaffin und wollen Lösungen nicht flächendeckend umsetzen, bevor deren Konsequenzen in der Realität erprobt werden konnten. Dies erscheint insbesondere in Hinblick auf die Primärversorgungseinheiten, die in der 15a-Vereinbarung 2017-2021 angedacht sind, sinnvoll zu sein. In weiterer Folge könnten dann verschiedene Ansätze zur Nutzung solcher neuen Versorgungsformen österreichweit erprobt werden.

Auf Basis solcher Erfahrungen könnte den Krankenversicherungsträgern auch mehr Gestaltungsspielraum in Hinblick auf die regionale Versorgung gegeben werden, also mit welchen Strukturen der Versorgungsauftrag bewältigt wird. Andererseits sollte die Versorgungsqualität und Versichertenzufriedenheit stärker im Zielsetzungssystem der Krankenversicherungsträger etabliert werden. Im Zielsteuerungsvertrag ist dies im Ziel 2.9. mit dem Indikator 18 sehr allgemein angesprochen („Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich“). Dies ist extrem allgemein gefasst (im Gegensatz z.B. zu 20/21/22) und sollte, z.B. in die Handlungsfelder dieses Berichts, heruntergebrochen werden.

Um Verbesserungen zu erzielen, sind Informationen über Versorgungsbedarfe essentiell, allerdings findet in Österreich nur sehr wenig systematische Rückkopplung von Versicherten und Versicherungen statt. So gibt es bspw. weder eine regelmäßige großangelegte NutzerInnenbefragung wie in Dänemark noch eine umfassende Einbindung von PatientInnenvertreterInnen wie in den Niederlanden. Um eine entsprechende Entscheidungsgrundlage zu haben, ist auch die Versorgungsforschung wesentlich. Die Datenbasis im Bereich der Versorgungsdaten und das Fachwissen zur Auswertung sollten gestärkt werden. Richtige Schritte wären bspw. die auch in dieser Studie als Quellen herangezogene Wartezeitenerhebungen sowie die Auswertung der

Öffnungszeiten. Solche Informationen sollten aber feingranulärer zur Verfügung stehen, weshalb im Kapitel zu den Wartezeiten eine Verpflichtung zur Führung eines elektronischen Terminsystems empfohlen wird. Das Management in den Krankenversicherungsträgern sollte dann in der Lage sein, Verbesserungen auch in den Verträgen und in der Ausgestaltung der extramuralen fachärztlichen Versorgung im Kontext der übrigen Leistungsanbieter umzusetzen (*capacity building*).

Erleichterte regulatorische Rahmenbedingungen, bessere Informationsgrundlage und gute Fähigkeiten im schwierigen Bereich des Vertragsabschlusses (*contracting*) könnten dazu beitragen, die Qualität der extramuralen fachärztlichen Versorgung zu stärken, zu der Literatur, Interviews und Fokusgruppen doch einige Schwachstellen in Österreich aufgezeigt haben.

Handlungsfelder

Gesprächsqualität

Abgesehen von den notwendigen Änderungen der regulatorischen Rahmenbedingungen liegen Verbesserungen bei vielen der untersuchten Elemente nicht alleine in der Hand der Krankenversicherungsträger. So ist die Frage der Gesprächsqualität auch eine Frage der Aus- und Fortbildung von MedizinerInnen und anderem Praxispersonal. Entsprechende Angebote sollten von Seiten der Universitäten im Studium sowie im Fortbildungsprogramm der Ärztekammern aufgenommen werden, da hier ein starker Hebel auf Effizienz, Effektivität und Zeitgerechtigkeit liegen dürfte. Ein Vorbild könnte z.B. das englische Programm „*Hello my name is*“ sein. Die Gesprächsqualität kann auch als PREM in die ärztliche Qualitätssicherung einfließen. Ein Pendant auf PatientInnenseite kennt man international ebenfalls. Hier ist zum einen die Stärkung der Gesundheitskompetenz zu nennen, was zum Teil in den Schulen beginnt, aber auch durch einen weiteren Ausbau von Webportalen wie *gesundheit.gv.at* unterstützt werden kann. Hier wäre eine stärkere Interaktivität, Multimedialität und Integration mit Navigationsinformation möglich.

Aber auch Initiativen, die PatientInnen ermutigen, Fragen zu stellen und auch zu hinterfragen, sollten angestoßen werden, was ebenfalls zum Gesundheitsziel „Gesundheitskompetenz stärken“ passen würde. Zudem ist der Arztbesuch dann besonders effizient und effektiv, wenn PatientInnen alle Unterlagen dabei haben und sich auch auf das Gespräch selbst vorbereiten können. Hierzu können Checklisten zum Einsatz kommen, die herunterladbar sind und auch automatisch bei bestimmten Fragestellungen weitergegeben werden. Der Faktor *Zeit* sollte auch in der Vergütung eine stärkere Rolle spielen, wie das bspw. eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in Deutschland vorsieht.

Medikamentenverschreibung

Zentrale Problemfelder in Zusammenhang mit Medikamentenverschreibung sind Polypharmazie sowie potenziell inadäquate Medikation. Hier gäbe es mehrere Optionen. Eine davon ist, dass Apotheken oder Klinische PharmakologInnen in besonderen Fällen eine Überprüfung der Medikamente durchführen oder den beteiligten ÄrztInnen eine geeignetere Kombination vorschlagen. Gerade durch die fachspezifisch konzentrierte Betrachtung der PatientInnen im extramuralen fachärztlichen Sektor geht diese Übersicht mitunter verloren. Die Einführung der e-Medikation sollte in diesem Bereich zu Verbesserungen führen.

Auch in der Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen sollten vermehrt Kompetenzen in der Medikamentenverschreibung vermittelt werden. Vorbilder dafür wären das *Prescribing Safety Assessment* sowie der *Prescribing Simulator*, die in England im Medizinstudium bzw. bei der Fortbildung von ÄrztInnen zum Einsatz kommen.

Transparenz

Was die Transparenz über Qualitätsdimensionen im Allgemeinen betrifft, bestehen in Österreich große Lücken. Die Literatur ebenso wie die Interviews und Fokusgruppen beklagten einhellig den geringen Informationsstand bezüglich der Qualität. Dies betrifft nicht nur die externe Transparenz, also Information gegenüber anderen, sondern auch die interne Transparenz, die Information über sich selbst, die überhaupt erst Grundlage dafür ist, dass Verbesserungsprozesse angestoßen werden können.

Wie für alle Bereiche gilt auch für den extramuralen fachärztlichen Sektor, dass Qualitätsmanagement inklusive entsprechender Indikatorenerhebung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisbereichen erfolgen sollte. Entsprechende Indikatoren müssten entwickelt werden, wobei durchaus auch PROMs und PREMs eingesetzt werden könnten. Dies sollte aus dem Qualitätsmanagementgedanken heraus aber weniger der Inkriminierung bei Nichterreichen dienen, sondern den Leistungsanbietern ein Feedback mit der Verpflichtung zur kontinuierlichen Verbesserung bieten. Anreize für Qualitätsarbeit könnten in einem Pilotprojekt getestet werden, externe Transparenz könnte bspw. nach dem Vorbild von *NHS Choices* aufgebaut werden.

Transparenz im Sinne von Navigationsinformation und Information über Gesundheit und Krankheit sollte auf gesundheit.gv.at deutlich ausgebaut werden und neue Technologien sollten genutzt werden, um die Zugangshürden möglichst gering zu halten.

Wartezeiten

Wartezeiten auf Termine im extramuralen fachärztlichen Bereich werden anekdotisch oft als sehr lang empfunden. Entsprechende Untersuchungen bestätigen jedoch nur in einzelnen Fachgruppen und Regionen übermäßige Wartezeiten. Dies mag daran liegen, dass Wartezeiten aus individueller Perspektive immer negativ empfunden werden. Aus gesellschaftlicher Perspektive jedoch würde das Fehlen von Wartezeiten eher auf Unterauslastung hindeuten.

Verbesserungen könnten durch Priorisierungsmaßnahmen erreicht werden. So würde ein elektronisches Überweisungssystem, bei dem die übernehmende Facharztpraxis bereits Informationen zur/zum PatientIn erhält, eine Priorisierung bzgl. der Wartezeit und Planung der Untersuchungen erleichtern bzw. ermöglichen, dass notwendige Rücksprachen vor der Ankunft der PatientInnen gehalten werden. Für PatientInnen wiederum wäre hilfreich, wenn die VertragsärztInnen für Terminvergaben Online-Tools nutzen könnten. Diese Informationen könnten auch für ein Wartezeitenmonitoring genutzt werden. Dies ermöglicht einerseits, dass PatientInnen sich entscheiden können, länger bei einer/einem WunschärztIn zu warten oder doch eine kürzere Wartezeit bei einer anderen Praxis zu nutzen. Für die Krankenversicherungsträger andererseits sind diese Daten ein erster Hinweis auf Über- oder Unterversorgung.

In Hinblick auf Wartezeiten in der Praxis könnte Zeitmanagement auch in Aus- oder Fortbildung integriert werden. Da ÄrztInnen keine BetriebswirtschafterInnen sein können, wäre es auch möglich, eine zentrale Unterstützung bei der Praxisorganisation zur Verfügung zu stellen. Im Gegenzug könnten Wartezeiten bzw. deren Management Auftrag in den Gesamtverträgen werden.

Versorgungsunterschiede & Unterversorgung

Aus den bisher vorliegenden wenigen Untersuchungen sowie den qualitativen Erhebungen zeigen sich nicht unerhebliche Versorgungsunterschiede in Österreich sowie punktuelle Unterversorgung. Dies betrifft auch unterschiedliche Leistungsumfänge bzw. Kostenerstattungsregeln bei den Sozialversicherungsträgern, die zwar in Summe nicht sehr stark ins Gewicht fallen, aber von einzelnen Personen als erhebliche Unterschiede wahrgenommen und als ungerecht empfunden werden können. Die Angleichung der Leistungsbereiche wird seit 2016 vorangetrieben.

Wesentlich mehr Bemühungen wären nötig, klinische Praxisvariation zu untersuchen, da sie maßgebliche Auswirkungen auf Kosten und Effektivität hat. Das Ergebnis der Datenanalyse sollte dann mit den PraxisinhaberInnen besprochen werden, wobei diese Gespräche durch KollegInnen eventuell zielführender sein könnten als direkt mit den Krankenversicherungsträgern. Auf einer Metaebene wären weitere strukturierte

Behandlungsprogramme hilfreich, da diese auf leitlinienkonformer Diagnose und Behandlung aufbauen, eventuell auch in Zusammenhang mit gebündelten/episodenbezogenen Pauschalvergütungen. Auch was die Inhalte der Leistungskataloge betrifft, sollten nach und nach Bereiche auf den Prüfstand gestellt werden, ob (noch) Leitlinienkonformität und Kosteneffizienz gegeben ist. Eine solche rationale Überprüfung findet bisher vorwiegend bei Arzneimitteln statt.

Um die Versorgung speziell auch im ländlichen Raum zu verbessern, sollten neben regional angepasster Versorgung auch verstärkt erprobte telemedizinische Lösungen zum Einsatz kommen.

Versorgungskoordination

Einen der größten Problembereiche in Literatur wie Fokusgruppen stellt nach wie vor die Koordination der Versorgung dar. Diese wird zwar zu einem erheblichen Teil durch eine gute Primärversorgung gewährleistet, einige Bereiche könnten aber auch in Hinblick auf die fachärztliche Versorgung verbessert werden. Dies beginnt schon bei der Navigationsinformation, welche auf *gesundheit.gv.at* weiter ausgebaut werden sollte. Sehr hilfreich dürften nach internationalem Vorbild auch interoperable Plattformen mit elektronischen Versorgungsplänen wie *Patients Know Best* sein. Auf diese Weise können sich auch beteiligte FachärztInnen über die Aktivitäten ihrer KollegInnen informieren. International etabliert, aber in Österreich kaum vertreten, sind strukturierte Behandlungsmodelle wie DMPs. Diese stellen einen evidenzgestützten Behandlungspfad dar und sollten als Goldstandard anerkannt und die Regel- statt die Ausnahmeversorgung darstellen.

Um dem vielfachen Bedürfnis von PatientInnen nach einem *one-stop-shop*-Prinzip besser nachkommen zu können, sollten die in der 15a-Vereinbarung 2017-2021 vorgesehenen multiprofessionellen Versorgungseinheiten dahingehend erprobt werden. So könnte man für Diabeteskontrollen oder SchmerzpatientInnen entsprechende integrierte Strukturen nach dem Vorbild von MVZs oder in Netzwerken schaffen. Die Bezahlung könnte dann als Episodenpauschale erfolgen.

Zusammenfassend besteht bzgl. der extramuralen fachärztlichen Versorgung Verbesserungspotenzial, welches aber zur Behebung Initiativen sowohl der Krankenversicherungsträger, der Ärzteschaft als auch des Gesetzgebers verlangt. Die Verortung einiger dieser Themen in der Zielsteuerung Gesundheit ist somit richtig. Soweit möglich sollten die Träger aber über Versorgungsforschung, PatientInnenbefragungen und Implementierung der Erkenntnisse in den Gesamtverträgen Verbesserungen anstreben.

6 Verzeichnisse

6.1 Abkürzungsverzeichnis

ACSC	<i>Ambulatory Care Sensitive Conditions</i>
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BPS	<i>British Pharmacological Society</i>
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CAPI	<i>Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles</i>
CCG	<i>Clinical commissioning group</i>
CMS	<i>Centers for Medicare & Medicaid Services</i>
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COR	Coronarangiographische Arbeitsplätze
CPPE	<i>Centre for Pharmacy Postgraduate Education</i>
CQC	<i>Care Quality Commission</i>
CT	Computertomographie
DFP	Diplom-Fortbildungs-Programm
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft
DMP	Disease Management Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECT	Emissions-Computer-Tomographie
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMR	<i>Electronic Medical Record</i> (Elektronische PatientInnenakte)
EU	Europäische Union
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GG	Großgeräte
GKK	Gebietskrankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMS	<i>General Medical Services Contract</i>
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
HCQI	<i>Health Care Quality Indicators</i>
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HKZ	Stiftung für Harmonisierung der Qualität im Gesundheitswesen, Niederlande
HLS-EU	<i>Health Literacy Survey Europe</i>

HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HTLV	Humanes T-lymphotropes Virus
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
IGZ	<i>Inspectie Gezondheidszorg</i> (Inspektorat für das Gesundheitswesen)
IHS	Institut für Höhere Studien
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IQWIG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MAI	<i>Medication Appropriateness Index</i>
MR	Magnetresonanztomographie
MUR	<i>Medicines Use Review</i>
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NAHU	<i>National Association of Health Underwriters</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OECD	<i>Organisation for Economic Cooperation and Development</i>
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PHE	<i>Public Health England</i>
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PREM	<i>Patient Reported Experience Measure</i>
PROM	<i>Patient Reported Outcome Measure</i>
PSA	<i>Prescribing Safety Assessment</i>
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
RIVM	<i>Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu</i>
ROSP	<i>Rémunération sur objectifs de santé publique</i>
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SFS	Sozialökonomische Forschungsstelle
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapie
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse

VKI Verein für Konsumenteninformation
WHO *World Health Organization*

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: OECD-Analyserahmen zur Ergebnismessung im Gesundheitswesen	11
Abbildung 2: Der Versorgungsprozess im extramuralen fachärztlichen Sektor	16
Abbildung 3: Arzt-Patienten-Kommunikation in Österreich im EU-Vergleich	28
Abbildung 4: Fälle pro abrechnender Facharztordination 2012-2016.....	29
Abbildung 5: Wirkkette zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung	31
Abbildung 6: Medication Appropriateness Index (MAI)	41
Abbildung 7: Struktur des PSA-Tests	42
Abbildung 8: Beispielhafte Beurteilung eines Arztes auf der Webseite der Care Quality Commission	55
Abbildung 9: Beispielhafte Bewertung von Arztpraxen auf NHS Choices.....	58
Abbildung 10: Persönliche Betroffenheit von Problemen im Gesundheitswesen in Österreich ..	63
Abbildung 11: Streudiagramm zu Wartezeiten und PatientInnenanzahl in Augenarztordinationen in Oberösterreich	66
Abbildung 12: Online-Terminvergabesystem Jameda in Deutschland, Benutzeroberfläche	70
Abbildung 13: Online-Terminvergabesystem Jameda in Deutschland, beispielhafte Terminbuchung.....	71
Abbildung 14: Anzahl von praktizierenden Pflegekräften und ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen im EU-Vergleich, 2015	76
Abbildung 15: Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen mit und ohne Kassenvertrag in Österreich, 2000-2015	77
Abbildung 16: Anteil (in %) von praktizierenden WahlärztInnen an niedergelassenen ÄrztInnen, nach Bundesländern	77
Abbildung 17: Anzahl MR-Untersuchungen pro 1.000 EinwohnerInnen im niedergelassenen und stationären Bereich, EU-Vergleich	80
Abbildung 18: Geschlechteraufteilung der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag*, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 2014	82
Abbildung 19: Beispieldarstellung aus dem epidemiologischen Atlas von DEXHELPP, 2015	84
Abbildung 20: Beispieldarstellung aus dem Versorgungsatlas von DEXHELPP (strukturelle Verteilung), 2017	85

Abbildung 21: Beispieldarstellung aus dem Versorgungsatlas von DEXHELPP (zeitliche Verteilung), 2017	86
Abbildung 22: Beispieldarstellung aus der NHS Atlas Serie, Notfallaufnahmeraten von Kindern (0-18 Jahren) mit Asthma pro Clinical Commissioning Group, 2015	91
Abbildung 23: Framework zur Verwendung der NHS Atlas Serie zur Ableitung konkreter Maßnahmen	92
Abbildung 24: Beispieldarstellung aus dem Atlas VPM, Krankenhausaufnahmen wegen akuter Komplikationen aufgrund von Diabetes, 2016	94
Abbildung 25: Ungeplante Kaiserschnitte bei Frauen in der Niedrigrisikogruppe in niederländischen Krankenhäusern, 2012	95
Abbildung 26: Bedürfnispyramide in Bezug auf die fachärztliche Versorgung auf Basis der qualitativen Studie von Kolland et al. (2017).....	104
Abbildung 27: Stellung der neuen Primärversorgungseinheiten in der österreichischen Gesundheitsversorgung	105
Abbildung 28: Koordination in Disease Management Programmen in Deutschland	115
Abbildung 29: Anzahl der PatientInnen in Disease Management Programmen in Deutschland (in Millionen).....	116
Abbildung 30: Fee-for-Service vs. bundled payments Model.....	117
Abbildung 31: Benutzeroberfläche der Plattform Patients Know Best	119
Abbildung 32: Beispiel für veröffentlichte Ergebnisse des QOF einer Arztpraxis (Auszug)	131
Abbildung 33: Anteil der Leistungserbringer in der psychischen Gesundheitsversorgung, deren Behandlungswartezeit den vorgegebenen Wartezeitennormen entsprechen	135

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsdimensionen des Gesundheitswesens im internationalen Gebrauch	12
Tabelle 2: Assoziationen zwischen Qualitätsdimensionen und im Ergebnisteil betrachteten Aspekten	22
Tabelle 3: Charakteristika der TeilnehmerInnen der Fokusgruppen	24
Tabelle 4: Elemente von Kommunikationstraining mit einem positiven Effekt auf Kommunikation im Gesundheitswesen	34
Tabelle 5: Score Card zur Messung von Transparenz im Gesundheitswesen	46
Tabelle 6: In der Transparenzstudie von KPMG (2017) verwendete Indikatoren	48
Tabelle 7: Ergebnisse des Global Health System Transparency Index	49
Tabelle 8: Arztbewertungsportale in Österreich	51
Tabelle 9: Zielwerte bei Facharztterminen für Oberösterreich	64
Tabelle 10: Großgeräteplan Österreich	79
Tabelle 11: Anzahl freitags geöffneter Praxen von KinderärztInnen in Wien nach Uhrzeit und Bezirken	87
Tabelle 12: Anwendung von Gatekeeping-Systemen im internationalen Vergleich	110
Tabelle 13: Argumente für und gegen Gatekeeping-Systeme	112
Tabelle 14: Anteil der EU-Mitgliedsstaaten mit etablierten mHealth-Services, 2009 und 2015	129
Tabelle 15: Publierte Wartezeiten des ErasmusMC	134
Tabelle 16: Kriterien für ambulante Fachversorgung gemäß 15a-Vereinbarung	136
Tabelle 17: Trägerspezifische Unterschiede in den Öffnungszeitenregelungen laut Gesamtverträgen für den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich	137

6.4 Literaturverzeichnis

Abbasi K (2014): The demise of gatekeeping in primary care. *J R Soc Med.* 107:427.

Agency for Healthcare Research and Quality (2010a): Integrated Framework for Reducing Racial and Ethnic Disparities in the Quality of Health Care (Text Version). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Abgerufen am 27.10.2017 unter <https://archive.ahrq.gov/news/events/conference/2010/goldmann-chin/index>.

Agency for Healthcare Research and Quality (2010b): Patient Centeredness: National Healthcare Disparities Report, Chapter 5. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Abgerufen am 27.10.2017 unter <http://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhdr10/Chap5.html>.

AHQR (2014): Webinar Transcript – National Quality Strategy Webinar: Using Measurement for quality improvement. CMS framework for measurement maps to the six national quality strategy priorities. Abgerufen am 14.02.2018 unter <https://www.ahrq.gov/workingforquality/events/webinar-using-measurement-for-quality-improvement.html>.

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG): BGBl. Nr. 189/1955, letzte Änderung BGBl. I Nr. 2/2018, Fassung vom 26.03.2018.

Anzenberger J, Bodenwinkler A, Breyer E (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Arah OA, Custers T, Klazinga NS (2003): Updating the Key Dimensions of Hospital Performance: The Move Towards a Theoretical Framework. (3rd Workshop on Hospital Performance Measurement, Barcelona, Spain, 13-14 June 2003). WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care.* 18 (1): 5-13.

Arora N (2003): Interacting with cancer patients: the significance of physicians` communication behavior. *Soc Sci Med.*57(5):791-806.

Assurance Maladie (2017): La Rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif. Dossier de presse.

Assurance Maladie (2018a): La Rémunération sur objectifs de santé publique. Bilan à 1 an du dispositif. Dossier de presse.

Assurance Maladie (2018b): Modernisation du cabinet: le forfait structure. Abgerufen am 19.12.2018 unter <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>.

Assurance Maladie (2018c): Guide méthodologique. Forfait structure 2018. Convention médicale du 25 août 2016.

Atlas VPM (2018): About Atlas VPM. Abgerufen am 31.01.2018 unter <http://www.atlasvpm.org/en/english-version>.

Ärztammer Vorarlberg (2018a): Dringlichkeitsterminsystem. Abgerufen am 18.01.2019 unter www.aekvbg.or.at/files/Files/AB/Praxisgruendung/34_Dringlichkeitsterminsystem.pdf.

Ärztchamber Vorarlberg (2018b): VGKK-Gesamtvertrag. Abgerufen am 18.01.2019 unter <https://www.aekvbg.or.at/aek/dist/content-326.html>.

Bachner F, Bobek J, Lebuschütz L, Rainer L, Zuba M (2018): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Berichtsjahr 2017. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL (2003): Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *J Gen Intern Med.* 18(5):335-42.

Berkenbosch L, Schoemaker SG, Ahern, Sojnaes C, Snell L, Scherpbier AJJA, O Busari J (2013): Medical residents' perceptions of their competencies and training needs in health care management: an international comparison. *BMC Medical Education.* 13:25.

Berkenbosch L, Muijtjens AMM, Zimmermann LJI, Heyligers IC, Scherpbier AJJA, O Busari J (2014): A pilot study of a practice management training module for medical residents. *BMC Med Educ.* 14:107.

BMGF - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationkultur, Wien.

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017, verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

Boerma W, Groenewegen P, Fleming DM (1997): Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice;* 47 (421): 481-6.

Borowitz M, Moran V, Siciliani L (2013): Waiting times for health care: A conceptual framework, in Luigi Siciliani, Michael Borowitz and Valerie Moran (eds.), *Waiting time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Publishing.

BMA/NHS Employers/NHS England (2018): 2018/19 General Medical Services (GMS) contract Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS contract 2018/19.

Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S (2005): Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.* 17(14):351-4.

British Pharmacological Society (2018): Prescribing Safety Assessment. Abgerufen am 16.2.2018 unter <https://www.bps.ac.uk/education-engagement/prescribing/prescribing-safety-assessment>.

Brundage MD, Feldman-Stewart D, Tishelman C (2010): How do interventions design to improve provider-patient communication work? Illustrative applications of a framework for communication. *Acta Oncologica.* 49:136-43.

Brustmann I, Inan Y, Kerzendorfer S, Laun P, Schid T (2017): PatientInnenmotive zum Besuch von Spitalsambulanzen. Endbericht. Sozialökonomische Forschungsstelle.

Bundesgesetzblatt der Republik Österreich (2017a): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, Fassung vom 17.07.2017.

Bundesgesetzblatt der Republik Österreich (2017b): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit, BGBl. I Nr. 97/2017, Fassung vom 17.07.2017.

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen, *Gesundheit Österreich GmbH* (2017): Qualität im Gesundheitswesen. Abgerufen am 09.02.2018 unter <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitswesen/qualitaet>.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2012): Anzahl der Großgeräte lt GGP/ÖSG –Ist Stand, Soll – Stand; AVEs nach Region/Fach/Anbieterart. Abgerufen am 19.10.2017 unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012_

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): 1450 – Die Gesundheitsnummer. Abgerufen am 17.11.2017 unter <http://1450.at/1450-die-gesundheitsnummer/>.

Bundeszielsteuerungskommission (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene 2017-2021. Zielsteuerung-Gesundheit.

Butalid L (2014): Changes in doctor-patient communication in general practice. NIVEL, Netherlands Institute for Health Services Research, Utrecht, The Netherlands. Abgerufen am 18.10.2017 unter <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/309221/Butalid.pdf?sequence=1>.

Campbell SM, Roland MO, Buetow SA (2000): Defining quality of care. *Social Science and Medicine*. 5:1611-25.

Canadian Council on Health Services Accreditation (1996): A guide to the development and use of performance indicators. Canadian Council on Health Services Accreditation. Ottawa.

Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, Arispe I, Kim SM, Kalzinga NS, OECD Health Care Quality Indicators Expert Group (2015): Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*. 27 (2): 137-146.

Carr A, Hewlett S, Hughes R, Mitchell H, Ryan S, Carr M, Kirwan J (2003): Rheumatology outcomes: The patient's perspective. *The Journal of Rheumatology*. 30:880-3.

Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G & Webb C (2002): Communication skills training in healthcare: a review of the literature. *Nursing Education Today*. 22:189-202.

Chin MH, Goldmann D (2014): Integrated framework for reducing racial and ethnic disparities in the quality of health care. Abgerufen am 14.02.2018 unter <https://www.slideserve.com/felice/integrated-framework-for-reducing-racial-and-ethnic-disparities-in-the-quality-of-health-care>.

Creswell J.W, Plano Clark VL (2007): Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage.

Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Kross EK, Reinke LF, Feemster LC, Edlund B, Arnold RW, O'Connor K, Engelberg RA (2013): Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication With Patients With Serious Illness. A Randomized Trial. *JAMA*. 310(21):2271–2281.

Czypionka T, Kraus M, Riedel M, Röhring G, Walch D (2007): Konsumentenschutz im Gesundheitswesen: Internationale Betrachtungen für eine neue Rolle der Sozialversicherung. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.

Czypionka T, Kalmar M, Ulinski S (2011a): Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen? Health System Watch I/2011. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Gottwald R, Kalmar M (2011b): Qualität im niedergelassenen Bereich – ein Update. Health System Watch II/2011. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Titelbach G, Salcher M (2013): Orientierungshilfen bei der Arztwahl: Eine kritische Analyse. Health System Watch I/2013. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Röhring G, Ulinski S (2014): Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): Einflussfaktoren international und in Österreich. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.

Czypionka T, Fößleitner S, Six E (2017a): Qualität in Arztpraxen. Ärztliche Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien.

Czypionka T, Kraus M, Berger M, Fößleitner S (2017b): Mehrfache chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – Integrierte Versorgungsmodelle aus der europäischen Praxis. Health System Watch II/2017. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Achleitner S (2018a): Patient Reported Outcome and Experience Measures. Health System Watch III/2018. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Achleitner S (2018b): Wartezeitenmanagement im niedergelassenen Bereich. Health System Watch IV/2018. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Kraus M, Six E (2018): Vienna Healthcare Lectures 2017. Ambulante Sekundärversorgung neu gedacht – Innovative Modelle und neue Wege. Soziale Sicherheit, Mai 2018. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Czypionka T, Kraus M, Six E (2019, unveröffentlicht): Vienna Healthcare Lectures 2018. Digitalisierung im Gesundheitswesen.

De Bakker DH, Struijs JN, Baan CA, Raams J, de Wildt J, Vrijioef, HJM, Schut FT (2012): Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. Health Affairs. 31(2):426-33.

De Staat van Volksgezondheid en Zorg (2018): Maximaal aanvaardbare wachttijden (Treeknormen). Abgerufen am 10.04.2018 unter <http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treeknormen/58>.

De Vliegheer K, Aertgeerts B, Declercq A, Moons P (2015): Exploring the activity profile of health care assistants and nurses in home nursing. British Journal of Community Nursing. 20(12):608-10.

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2018): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG).

DEXHELPP (2018a): Epidemiologie-Atlas. Abgerufen am 20.11.2018 unter <http://www.dexhelpp.at/de/epidemiologie-atlas/>.

DEXHELPP (2018b): Versorgungsatlas. Abgerufen am 20.11.2018 unter <http://www.dexhelpp.at/de/versorgungsatlas/>.

Die Techniker (2017): TK: Praxisalltag muss stärker auf sprechende Medizin ausgerichtet werden. Abgerufen am 18.10.2017 unter <https://www.tk.de/tk/pressemitteilungen/bundesweite-pressemitteilungen/954504>.

Dixon H, Siciliani L (2009): Waiting-time targets in the healthcare sector: how long are we waiting? Journal of Health Economics. 28(6):1081-98.

Donabedian A (2003): An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press. Oxford.

Elliott RA, Boyd MJ, Salema NE, Davies J, Barber N, Mehta RL, Tanajewski L, Waring J, Latif A, Gkountouras G, Avery AJ, Chuter A, Craig C (2015): Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. BMJ Qual Saf, 25:747-758.

Emprechtinger R, Fischer S, Wild C (2016). Möglichkeiten zur Identifikation von unangemessenen MRT Einsatz, Teil 3. LBI-HTA Projektbericht Nr.: 80c, Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

Endel G, Sandholzer K, Scheffel S, Teichert T (2017): Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit hinsichtlich der Versorgungsaufträge. Medizinische Leistungen im niedergelassenen Bereich – Österreich 2014 Version 3. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien.

Erasmus MC (2018): Wachttijden Erasmus MC. Abgerufen am 10.04.2018 unter https://www.erasmusmc.nl/patientenzorg_algemeen/alle-wachttijden/wachttijden-erasmusmc/.

Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R (2002): Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomized controlled trial. Lancet. 23:359(9307):650-6.

Fischer C (2015): Quality indicators for hospital care – reliability and validity. Erasmus University Rotterdam. Abgerufen am 19.10.2017 unter <http://hdl.handle.net/1765/79066>

Fong Ha J, Longnecker N (2010): Doctor-Patient Communication: A Review. Ochsner J. 10(1):38-43.

Ford A, Trigonoplos P (2017): The Esther Model: How one patient redefined an entire system vision in Sweden. Abgerufen am 14.02.2018 unter <https://www.advisory.com/international/research/global-forum-for-health-care-innovators/the-forum/2017/03/the-esther-model>

Forrest CB (2003): Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? BMJ. 326(7391):692-5.

Fößleitner S, Teichert T (2017): Vertragsärztinnen und –ärzte in Österreich . Bestandsaufnahme und Analyse. Bericht Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien.

Fuchs S, Henschke C, Blümel M, Busse R (2014): Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland. Dtsch Ärztebl Int. 111(26): 453-63.

Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG (2008): Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. Ann Intern Med. 15:148(2):111-23.

Furler J, O’Neil D, Speight J, Manski-Nanervis J, Gorelik A, Homes-Truscott E, Ginnivan L, Young D, Best J, Patterson E, Liew D, Segal L, May C, Blackberry I (2017): Supporting insulin initiation in type 2 diabetes in primary care: results of the Stepping Up pragmatic cluster randomized controlled clinical trial. *BMJ*. 356:j783.

Gage B (2013): Standardizing Assessment Data: Continuity Assessment Record and Evaluation (CARE) Item Set. Center for Clinical Standards & Quality CMS.

Garrido MV, Zentner A, Busse R (2011): The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 29:28-38.

General Medical Council (2009): Tomorrow’s Doctors. Abgerufen am 16.2.2018 unter https://www.gmc-uk.org/Tomorrow_s_Doctors_1214.pdf_48905759.pdf.

Gleichweit S, Kern R, Lerchner M (2011): Sektorenübergreifende Patientenbefragung: Österreichweit einheitliche, sektorenübergreifende Patientenzufriedenheitsbefragung. Tätigkeiten 2011. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Godager G, Iversen T, Ma CA (2013): Competition, gatekeeping, and health care access. Abgerufen am 31.01.2018 unter <http://www.bu.edu/econ/files/2014/05/Ma-Competition-Gatekeeping-and-Health-Care-Access-May-2013.pdf>.

Gray BH, Winblad U, Sarnak DO (2016): Sweden’s Esther Model: Improving care for elderly patients with complex needs. *The Commonwealth Fund. Case Study*. 1901(29).

Greenfield G, Foley Kimberley, Majeed A (2016): Rethinking primary care’s gatekeeper role. *BMJ*. 354:i4803.

Gregoritsch J (2015): Frauenärztinnen bevorzugt – Warum? *Soziale Sicherheit* 3/2015. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Haidinger G, Eckert-Graf L, Wirgler PE, Weber M, Csaicsich G, Meznik C (2013): Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? *Deutscher Ärzte-Verlag. ZFA*. 89(1):41-6.

Haj-Ali W, Hutchison B (2017): Establishing a primary care performance measurement framework for Ontario. *Healthcare Policy*. 12(3):66-79.

Hall JA, Roter DL, Rand CS (1981): Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav*. 22(1):18-30.

Hanlon JT, Schmader KE (2013): The Medication Appropriateness Index at 20: Where it started, where it has been and where it may be going. *Drugs Aging*. 30(11).

Hansson J, Tolf S, Ovreteit J, Carlsson J, Brommels M (2012): What happened to the no-wait hospital? A case study of implementation of operational plans for reduced waits. *Quality Management in Health Care*. 21(1):34-43.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017a): Ärztekosten-Jahresstatistik 2012-2016, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017b): Presseinformation „Gleiche Leistung für gleiches Geld“. Abgerufen am 16.10.2017 unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.645158&version=1507123047>

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017c): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Abgerufen am 14.11.2018 unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782526>

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018): Gesamtverträge. Abgerufen am 30.04.2018 unter <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693774&viewmode=content>

Health Quality Ontario (2014): A Primary Care Performance Measurement Framework for Ontario: Report of the Steering Committee for the Ontario Primary Care Performance Measurement Initiative: Phase One. Toronto.

Heller R, Schwappach D (2012): Chances and risks of publication of quality data – the perspectives of Swiss physicians and nurses. *BMC Health Services Research*. 12:368.

Henrdon J, Pollick K (2002): Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am*. 84-A(2):309-15.

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. The international Consortium of the HLS-EU Project.

Hubner S, Zehetner C, Schmid E, Bechrakis NE (2011): Auswertung der Patientenkontakte und Diagnosen in der Notfallambulanz der Universitätsklinik für Augenheilkunde und Optometrie, Innsbruck 2010. *Spektrum Augenheilkd*. 25:348-52.

Huisartsenposten Amsterdam Voor Spoed (2018): Veel gestelde vragen. Abgerufen am 10.04.2018 unter <http://www.huisartsenpostenamsterdam.nl/veel-gestelde-vragen/>.

Institute of Medicine (2001a): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press. Washington, DC.

Institute of Medicine (2001b): Envisioning the National Health Care Quality Report. National Academies Press. Washington, DC.

Janssen SM, Lagro-Janssen, AL (2012): Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. *Patient education and counseling*, 89(2): 221-226.

Jones R, Meon-Johansson A, Waters AM, Sullivan AK (2010): eTriage – a novel, web-based triage and booking service: enabling timely access to sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. 21(1):30-3.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Bundesmantelvertrag und Anlagen. Abgerufen am 21.12.2018 unter <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>.

Kitzinger J (2006): Chapter 3: Focus groups. In C. Pope & N. Mays(Eds.), *Qualitative research in health care* (3rd ed., pp. 21-31). MA: Blackwell. Malden.

Kolland F, Fassl A, Wohner K, Zgud J, Zuccato-Doutlik M (2017): PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung. Institut für Soziologie, Universität Wien. Abgerufen am 19.10.2017 unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.642287&version=1498563615>.

Kosse RC, Bouvy LM, deVries TW, Katpein AA, Geers H.CJ, VanDijk L, Koster ES (2017): mHealth intervention to support asthma self-management in adolescents: the ADAPT study. *Patient Prefer Adherence*. 11:571-77.

KPMG International (2017): Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency. Abgerufen am 19.10.2017 unter <http://www.kpmg-institutes.com/content/dam/kpmg/healthcarelifesciencesinstitute/pdf/2017/through-looking-glass.pdf>.

Kreindler SA (2010): Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*. 95:7-32.

Kroll T, Neri M.T, Miller K (2005): Using mixed methods in disability and rehabilitation research. *Rehabilitation Nursing*. 30:106-13.

Landespressestelle Vorarlberg (2010): Präsentation der Ergebnisse der Vorarlberger Spitalsambulanzstudie 2010

Levesque JF, Harris MF, Russell G (2013): Patient-centered access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 12:18.

Lindblad E, Hallman E-B, Gillsjö C, Lindblad U, Fagerström L.RN (2010): Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care – A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*. 16:69-74.

LSE - London School of Economics and Political Science (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options. Abgerufen am 19.12.2017 unter <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=424>.

Maex (2017): Mee naar de huisarts en de specialist. Stichting gezond samenwerken. Abgerufen am 18.10.2017 unter <https://www.maex.nl/initiatieven/mee-naar-de-huisarts-en-de-specialist/>.

Mann E, Böhmendorfer B, Frühwald T, Roller-Wirnsberger RE, Dovjak P, Dückelmann-Hofer C, Fischer P, Rabady S, Iglseder, B (2012): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. *Wiener klinische Wochenschrift*, 124(5-6): 160-169.

Mann E, Haastert B, Frühwald T, Saueremann R, Hinteregger M, Hölzl D, Keuerleber S, Scheuringer M, Meyer G (2014): Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: a nationwide prevalence study. *European Geriatric Medicine*, 5(6): 399-405.

Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E (2009): Primary care in Europe. Policy brief. The London School of economics and political science.

McCluskey S, Heywood S, Fitzgerald N (2011): How healthcare professionals in Scotland develop their communication skills, attitudes and behaviors. An independent report for NHS education for Scotland. Abgerufen am 18.10.2017 unter http://www.nes.scot.nhs.uk/media/547484/long-term_conditions-communication-and-human-relationships.pdf.

Mediquest (2017): Wachtijd intake GGZ bij 45% instellingen boven de norm. Abgerufen am 10.04.2018 unter <https://home.mediquist.nl/wp-content/uploads/Bijlage-persbericht-Grafieken-aanmeldwachtijd-en-behandelwachtijd-GGZ.pdf>.

Menz F, Plansky L (2010): Kommunikationsmuster und Gesprächstechniken zur Compliance-Förderung von PatientInnen. Universität Wien, Wien (unveröffentlicht).

Menz F, Plansky L (2014): Time pressure and digressive speech patterns in doctor-patient consultations: Who is to blame? In: Interaction types across helping professions – Differences, similarities and interferences of

communicative tasks. Hg. v. Graf, Eva Maria; Sator, Marlene; Spranz-Fogasy, Thomas. Aufl. John Benjamins, Amsterdam: 255-85.

Menz F, Plansky L (2015): Kommunikationstrainings auf diskursanalytischer Basis für ÄrztInnen? In: Festschrift für Manfred Kienpointner. Hg. v. Anreiter, Peter et al. Aufl. Präsenz-Verlag, Wien: 295-308.

Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artiques M, Lawrie TA (2013): Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database Syst Rev. 28(3).

Morris C (2016): Doctors to be sent on communication courses. Healthcare times. Abgerufen am 18.10.2017 unter <https://healthcaredtimes.co.uk/doctors-to-be-sent-on-communication-courses/>.

Murray CJL, Frenk J (2000): A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization. 78(6):717-31.

NAHU - National Association of Health Underwriters - Educational Foundation (2018): Broker Toolkit – Infographics. Abgerufen am 31.01.2018 unter <https://nahueducationfoundation.org/toolkit/Infographics.cfm>

Nederlands Zorgautoriteit (2018): Toelichting op aanleveren wachttijden. Abgerufen am 10.04.2018 unter <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/ho-kunnen-wij-u-helpen/toelichting-op-aanleveren-wachttijden>.

NHS (2015): The NHS Atlas of Variation in Healthcare – Reducing unwarranted variation to increase value and improve quality. Abgerufen am 14.02.2018 unter http://fingertips.phe.org.uk/documents/Atlas_2015%20Compendium.pdf

NHS choices (2016): NHS waiting times – guide to NHS waiting times in England. Abgerufen am 09.02.2018 unter <https://www.nhs.uk/NHSEngland/appointment-booking/Pages/nhs-waiting-times.aspx#compare>.

NHS choices (2018). Abgerufen am 09.02.2018 unter <https://www.nhs.uk/pages/home.aspx>.

NHS Digital (2018): Quality and Outcomes Framework results by GP practice. Abgerufen am 10.01.2019 unter <https://qof.digital.nhs.uk/search/index.asp>.

NHS England (2015), Public Health England, Right Care. The NHS Atlas of Variation in Healthcare. 2015.

NHS England (2018): NHS England Standard General Medical Services Contract 2017/2018. Abgerufen am 19.12.2018 unter <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/01/17-18-gms-contract.pdf>.

OECD (2017): OECD Data. Hospital discharge rates. Abgerufen am 04.03.2019 unter <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm>.

OECD - European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Austria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Organization for Economic Cooperation and Development (2004): Towards High-Performing Health Systems. Paris.

Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Robben PB, Mackenbach JP (2015a): Provision and effect of quit-smoking counselling by primary care midwives. Midwifery. 31(10):986-92.

Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Robben PBM, Mackenbach JP (2015b): Guidelines adherence and health outcomes in diabetes mellitus type 2 patients: a cross-sectional study. BMC Health Services Research. 15(1):22.

Oude Wesselink S (2015): Towards evidence-based government supervision in healthcare. Abgerufen am 31.01.2018 unter http://www.oudewesselink.net/proefschrift/Towards_Evidence-based_Government_Supervision_in_Healthcare_Sandra_Oude_Wesselink.pdf

OÖGKK (2018): Vertragsabschluss Ärzte und OÖGKK: Kürzere Wartezeiten & Clearingstelle. Abgerufen am 10.01.2019 unter <https://www.oegkk.at/cdscontent/?contentid=10007.799995&portal=oegkkportal&viewmode=content>.

Österreichische Ärztekammer (2018): Ärzteliste (unveröffentlicht).

Pelikan MJ, Röthlin F, Ganahl K (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie im Anschluss an die HLS-EU Studie. Ludwig Boltzmann Gesellschaft, Wien.

Pharmacy Postgraduate Education (2013): Guidance on the Medicines Use Review service. Abgerufen am 19.02.2018 unter <http://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Primary-care-contracts/Pharmacy/MUR-Guidance.pdf>.

Pichlhöfer O, Maier M (2015): Unregulated access to health-care services is associated with overutilization – lessons from Austria. Eur J Public Health. 25(3):401-3.

Pirngruber C, Siegl K (2017): Wartezeiten bei Vertragsärzten – überraschende Erkenntnisse bei Bestandsaufnahme in Oberösterreich. Soziale Sicherheit. 5:228-30.

Platt FW, Keating KN (2007): Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UIT symptom severity: understanding the communication gap. Int J Clin Prac. 61(2):303-8.

Pope C, Turnbull J, Jones J (2017): Has the NHS 111 urgent care telephone services been a success? Case study and secondary data analysis in England. BMJ Open. 7(5):e014815.

PSNC/NHS Employers (2013): Guidance on the Medicines Use Review service. Abgerufen am 21.01.2019 unter <https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Primary-care-contracts/Pharmacy/MUR-Guidance.pdf?la=en&hash=A6EBACB6A46557189756CC8AF68D9F8F212A5ACB>.

Public Health England (2016): Sentinel surveillance of blood borne virus testing in England: 2015. Abgerufen am 20.02.2018 unter <https://www.gov.uk/government/publications/sentinel-surveillance-of-blood-borne-virus-testing-in-england-2015>

Public Health England (2017): Sources of UK flu data: influenza surveillance in the UK. Abgerufen am 20.02.2018 unter <https://www.gov.uk/guidance/sources-of-uk-flu-data-influenza-surveillance-in-the-uk>.

Raml R (2016): Patientenbefragung zur Vernetzung von Gesundheitsangeboten. Institut für empirische Sozialforschung GmbH. Abgerufen am 19.10.2017 unter https://www.ifes.at/sites/default/files/downloads/30035001_gesundheitsparks_chart_report_pk_final_2016-06-09.pdf

Rathfelder M (2013): Disease Management Programmes in Germany. Abgerufen am 14.02.2018 unter <https://www.sochealth.co.uk/2013/07/29/disease-management-programmes-in-germany/>.

Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO (2001): Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med.* 33 (7): 528-32.

Riffer F, Schenk M (2015): Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Die Armutskonferenz – österreichisches Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Abgerufen am 16.10.2017 unter http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf.

Rutten-van Mölken, M (2014): Bundled payment for integrated chronic care: the Dutch experience. Abgerufen am 30.01.2019 unter www.gezondheidseconomie.org/uploads/documents/293.pdf.

Sator M, Nowak P, Menz F (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Gesundheits Österreich GmbH, Wien.

Schang L, Morton A, DaSilva P, Bevan G (2013): From data to decisions? Exploring how healthcare payers respond to the NHS Atlas of Variation in Healthcare in England. *Health Policy.* 114:79-87.

Scharitzer D, Sonnek A (2016): Bevölkerungsbefragung 2016 – Erhebung des Wissensstandes der Bevölkerung zu gesundheitspolitischen Themen mit besonderem Fokus auf die aktuelle Gesundheitsreform. Endbericht.

Schiller-Frühwirth I (2017): Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich mit besonderem Fokus auf Kinder. Soziale Sicherheit Online – Februar 2017. Abgerufen am 18.10.2017 unter <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.778702&viewmode=content>.

Schulz M (2012): Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialforschung. In Schulz, Marlen [ua] (Hg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-24.

Shaw RJ, Steinberg DM, Bonnet J, Modaraj F, George A, Cunningham T, Mason M, Shahsahebi M, Grambow SC, Bennett GG, Bosworth HB (2016): Mobile health devices: will patients actually use them? *J Am Med Inform Assoc.* 23(3):462-6.

Siciliani L, Hurst J (2005): Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy.* 72(5):201-15.

Silvester KLR, Bevan H (2004): Reducing waiting times in the NHS: is lack of capacity the problem? *Clinician in Management.* 12.

Smith PC (2002): Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries. Organization for Economic Cooperation and Development. Paris.

Steffen GE (1988): Quality medical care. A definition. *JAMA.* 260:56-61.

Steinert A, Weddige J (2015): Therapietreue: Unterstützung per Smartphone-App. *Deutsches Ärzteblatt.* 112(10):430-2.

Stokes J, Cheraghi-Sohi S, Kristensen SR, Sutton M (2016): Work Package 2 Report England, SELFIE Research Report.

Tausch, A.P., Menold, N. (2016): Methodological aspects of focus groups in health research: Results of qualitative interviews with focus groups moderators, 3:1-2.

Therapie Aktiv – Diabetes im Griff (2018): Diabetes im Griff mit Therapie Aktiv. Abgerufen am 25.06.2018 unter <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/?contentid=10007.682095&viewmode=content>

Traver A, Fellow V, Gady M, Bailey K, Steinberg M, Mitts L, Bostock T, Uriona C, Magill N (2013): The promise of care coordination: transforming health care delivery. Washington DC.

Tsang C, Palmer W, Aylin P (2008): Patient safety indicators: a systematic review of the literature. Imperial College London. Abgerufen am 27.10.2017 unter <https://www1.imperial.ac.uk/resources/0D60DED9-022F-4F8D-BBE5-48D35857CF94/>.

Van den Berg M, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN (2014): Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Abgerufen am 31.01.2018 unter <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/dsresource?type=pdf&disposition=inline&objectid=rivmp:259835&versionid=&subjectname=>

Van den Eertwegh V, Van Dalen J, Van Dulmen S, Van der Vleuten C, Scherpbier A (2014): Residents' perceived barriers to communication skills learning: Comparing two medical working contexts in postgraduate training. *Patient Education and Counseling*. 95:91-7.

Van Lente (2011): Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) in Deutschland. *Versorgungs-Report*. 4

Van Woerden F (2015): Transparantie in de kwaliteit van zorg. *Tijdschrift zorg & recht in praktijk*. 3.

Veillard J, Champagne F, Klazinga NS, Kayandjian V, Arah OA, Guisset AL (2005): A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*. 17:487-96.

Verein für Konsumenteninformation (VKI) (2008): Kurz und schmerzlos. Test Wartezeit für einen Facharzttermin. *Konsument*. 2:20-3.

Verein für Konsumenteninformation (VKI) (2016): Test. Magnetresonanztomographie –Wartezeiten. *Konsument*. 4:10-13.

Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R (2013): International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy*. 112(1-2):53-61.

Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JL, Van der Molen HAT, Jacobs ME, Abels DC, Köse N, Van Dulmen S, Vernhout RM, Arends LR (2015): Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS). A randomized, controlled trial. *PLoSOne*. 10(9):e0138342.

Weiner JP (2012): Doctor-patient communication in the e-health era. *Israel Journal of Health Policy Research*. 1:33

Wennberg J (2010): *Tracking medicine: A researcher's quest to understand health care*. Oxford: Oxford University Press.

Wetzell S (2014): Transparency: A needed step towards health care affordability. American Health Policy Institute. Abgerufen am 09.02.2018 unter <http://www.americanhealthpolicy.org/Content/documents/resources/Transparency%20Study%201%20-%20The%20Need%20for%20Health%20Care%20Transparency.pdf>

WHO/OECD/World Bank (2018): Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Genf.

Wiener Gebietskrankenkasse (2014): Reduktion der polypharmazie Arbeitsbehelf. Abgerufen am 16.2.2018 unter <https://www.wgkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.640328&version=1492772949>

Wilcock P (2010): Improving quality in general practice: what does it really require? Qual Prim Care. 18:297-9.

Winkelmayer WC, Bucsecs AE, Schautzer A, Wieninger P, Pogantsch M for the Pharmacoeconomic Advisory Council of the Austrian Sickness Funds (2008): Use of recommended medications after myocardial infarction in Austria. European Journal of Epidemiology, 23(2): 153-162.

Wohlens K (2017): TK-Meinungspuls Gesundheit 2017 – So sieht Deutschland sein Gesundheitssystem. Abgerufen am 18.10.2017 unter <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/946092/Datei/75626/TK-Meinungspuls-Gesundheit-2017-Studienband.pdf>.

WONCA - Working Party on Quality and Safety in Family Medicine (2006): www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working_groups/quality_ass/wonca_qualityassurance.asp?refNum=5664 Abgerufen am 12.07.2011 unter <https://www.racgp.org.au/afp/2012/march/quality-in-general-practice/>.

WHO Department of Health Systems (2008): Integrated health services – What and why? Technical Brief No. 1.

World Health Organization (2010): Key components of a well-functioning health system. Abgerufen am 19.01.2018 unter http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1

World Health Organization (2012): Definitions of key concepts from the WHO patient safety curriculum guide (2011). Abgerufen am 27.10.2017 unter http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course1a_handout.pdf.

World Health Organization (2016): From innovation to implementation –eHealth in the WHO European Region. Abgerufen am 14.12.2017 unter <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/e-health/publications/2016/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016>.

World Health Organization (2017): Health Systems, Equity. Abgerufen am 02.07.2017 unter <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>.

Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E (2017): Web-based medical appointment systems: A systematic review. J Med Internet Res. 19(4):e134.

Zuba M, Antony K (2016): Evaluation Pilotprojekte „Polypharmazie“. Evaluation der Pilotprojekte gemäß Wiener Landeszielsteuerungsvertrag, Ziel 7.1.3, zur Steigerung der Behandlungsqualität durch Weglassen klinisch nicht indizierter Verschreibungen (Polypharmazie) unter Zuhilfenahme des klinisch-pharmazeutischen Service in Krankenanstalten. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

6.5 Sonstige verwendete Quellen

Medienberichte

<http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/Wer-eine-MR-Untersuchung-braucht-muss-lange-warten;art4,1899457>

<http://derstandard.at/2000012897379/Warten-oder-zahlen-Von-der-Kassen-zur-Zweiklassenmedizin>

<http://www.tips.at/news/linz/leben/380972-zukunfts-pilotprojekt-aerzte-auslastung-wird-online-sichtbar>

<https://www.profil.at/home/die-gesundheitsversorgung-oesterreich-282963>

Online Gesundheitsportale

GesundheitsKompass: http://www.gesund.at/compass/suche?q=Allgemeinmediziner&q_id=4&location=Wien+1090&point=&location_id=5319

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich: www.gesundheit.gv.at

Stellungnahmen

VGKK (2016): Neues System für dringliche Termine beim Facharzt. VGKK und Ärztekammer investieren rund 500.000 Euro in einfachere Terminfindung zur Abklärung medizinisch dringender Fälle bei niedergelassenen Fachärzten, <https://www.vgkk.at/portal27/vgkkportal/content?contentid=10007.769335&viewmode=content>

OÖGKK (2016): Antwort auf Wartezeiten-Umfrage, <https://www.ooegkk.at/portal27/ooegkkportal/contentPrint?contentid=10007.765036&viewmode=content&portal:componentId=gtn1bd9c01d-be06-4cda-b84d-af4440ac1464>

PatientInnenbefragung

BIQG- Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (2010): Qualität der prä- und postoperativen Patienteninformation. Befragung von Patienten, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/7/CH1330/CMS1322755700635/bericht_zur_prae-_und_postoperativen_patienteninformati_und_aufklaerung.pdf

BMGF - Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Bevölkerungsbefragung 2016. Endbericht. BMG. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.632983&version=1472130861> (Zugriff 20.10.2017).

Nachname, V. (Jahr). Titel.

Anhang

<i>Anhang 1: International implementierte Analyserahmen zur Qualitätsmessung</i>	<i>170</i>
<i>Anhang 2: Literatursammlung für Österreich</i>	<i>172</i>
<i>Anhang 3: Angebotene Kommunikationskurse in England.....</i>	<i>180</i>
<i>Anhang 4: Indikatoren im französischen Pay-for-Performance-System ROSP.....</i>	<i>181</i>

Anhang 1: International implementierte Analyserahmen zur Qualitätsmessung

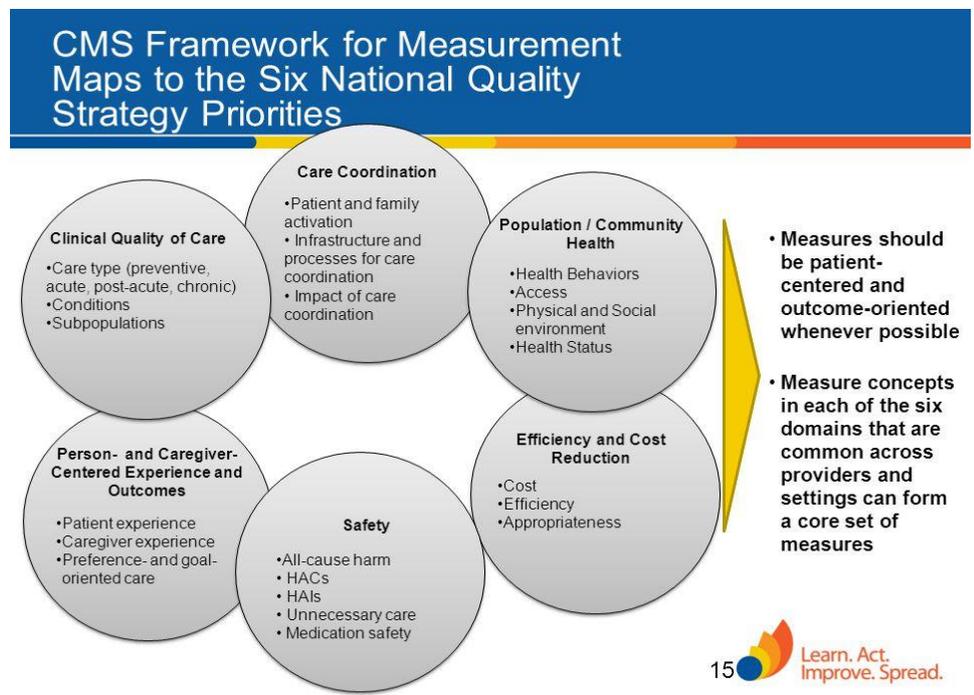
Institute of Medicine (IOM)

New IOM Framework

Crosscutting Dimensions		Components of Quality Care	Type of Care		
			Preventive Care	Acute Treatment	Chronic condition management
EQUITY	VALUE	Effectiveness			
		Safety			
		Timeliness			
		Patient/family-centeredness			
		Access			
		Efficiency			
		Care Coordination			
		Health Systems Infrastructure Capabilities			

Quelle: Chin M et al. (2014)

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)



Quelle: AHQR 201

Ontario



Quelle: Haj-Ali et al. (2017)

Anhang 2: Literatursammlung für Österreich

ACCESS	
<p>Leopold C., Habl C., Morak S., et al. (2008): Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems im Vergleich. Gesundheit Österreich GmbH. http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/BooksReports/Leistungsfaehigkeit_Oesterreich_08.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verteilung der Gesundheitsausgaben auf den öffentlichen und privaten Sektor: OECD Durchschnitt 73%, Österreich 76,2% (Mittelfeld) • Kaum Unterschied in jährlicher Arztbesuchshäufigkeit nach Einkommen in Österreich (unteres Einkommensfünftel hat eine jährliche Arztbesuchshäufigkeit von 8,67 und das obere Einkommensfünftel von 8,36)
<p>Riffer F., Schenk M.(2015): Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Die Armutskonferenz – österreichisches Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheits-system-2015_1.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Ergebnisse von drei Fokusgruppen mit 22 Personen in Wien, Graz und Linz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gefühltes Zwei-Klassen-System, Nicht-Leistbarkeit und damit erschwerter Zugang zu diversen Gesundheitsleistungen • Konfrontation mit Stigmatisierung, Geringschätzung und mangelndem Respekt • angesprochene Themen: Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen Stadt und Land, Transport, mangelnde Information zu Gesundheitsleistungen, Begleitung, Unverständlichkeit von Diagnosen, lange Wartezeiten auf Therapien oder Behandlungen sowie Sprachprobleme
INFORMATION ÜBER KRANKHEIT UND GESUNDHEIT (awareness, screening)	
<p>Gollmer A., Link T., Weißenhofer S., et al.(2017): Erster Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Evaluationsbericht für die Jahre 2014 und 2015. Gesundheit Österreich GmbH. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/3/6/CH1613/CMS1369147862170/evaluationsberichtbkfp.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Evaluationsbericht zum Österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm</p>
<p>Fröschl B., Antony K., Ivansits S., et al. (2017): Übersicht nationaler Kolonkrebs – Screening – Programme. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. https://jasmin.goeg.at/57/1/%C3%9Cbersicht%20nationaler%20Kolonkrebs-Screening-Programme%C2%A0.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) einen Bericht zur internationalen Situation in Bezug auf Darmkrebsfrüherkennung. Dargestellt wurden Darmkrebs-Screening-Programme aus zehn ausgewählten Ländern (Schwerpunkt Europa) hinsichtlich konkreter Umsetzungsmerkmale, Teilnahmeraten, Schlüsselrollen (Keyplayer) bei Einführung und Umsetzung sowie Evaluationsergebnisse.</p>
<p>Forster R., Nowak P., Bachinger G., et al. (2012): Patientenberatung und Patienteninformation in Österreich in Schaeffer Doris, Schmidt-Kaehler Sebastian (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2.Auflage Hans Huber, Bern, 265-</p>	<p>Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen vier ausgewählte Bereiche der PatientInnenberatung und –information in Österreich. Einleitend werden einige wesentliche Rahmenbedingungen des österreichischen Gesundheitswesens, insbesondere die Stellung der</p>

<p>277. http://www.frauengesundheitszentrum.eu/wp-content/uploads/2014/07/ForsterPatientenberatung2012.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>PatientInnen in diesem System kurz dargestellt, um den spezifischen Kontext der PatientInnenberatung und –information besser sichtbar zu machen und eine bessere internationale Einordnung der österreichischen Situation zu ermöglichen. Am Ende des Beitrags werden vor diesem Hintergrund künftige Entwicklungsperspektiven skizziert.</p>
<p>Frauengesundheitszentrum Graz (2017): Gute Gesundheitsinformation Österreich. Der Weg zu evidenzbasierter, geschlechtergerechter Gesundheitsinformation. Für alle, die Gesundheitsinformationen in Auftrag geben, verfassen und vermitteln. https://oepgk.at/_wissenscenter/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/ (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Um falsche und mangelnde Information in Gesundheitsbelangen zu vermeiden, bedarf es Qualitätskriterien guter Gesundheitsinformation. Mit der „Guten Gesundheitsinformation Österreich“ ist es möglich, ein individuelles Methodenpapier zu entwickeln, das Organisationen und Unternehmen dabei unterstützt, qualitätsvolle Gesundheitsinformationen umzusetzen.</p>
<p>Frauengesundheitszentrum Graz (2017): Werkzeugkoffer zu Gute Gesundheitsinformation Österreich. https://oepgk.at/_wissenscenter/werkzeugkoffer-zu-gute-gesundheitsinformation-oesterreich/ (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Der Werkzeugkoffer erleichtert die Umsetzung der „Guten Gesundheitsinformation Österreich“. Er stellt Checklisten, Leitlinien, Methoden, Beispiele und Fakten zur Verfügung, die übersichtlich gegliedert in acht Themenbereiche aufbereitet sind. Insgesamt gibt es im Werkzeugkoffer zur „Guten Gesundheitsinformation Österreich“ eine Sammlung an hilfreichen Tools zu folgenden acht Themengebieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Checkliste zur „Guten Gesundheitsinformation Österreich“ • Evidenz zu den Auswirkungen von Geschlecht auf Gesundheit • Geschlechtergerechte Sprache und Darstellung • Grundlagen zur evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung • Geschlechterkriterien für die wissenschaftliche Forschung und die Durchführung von Umsetzungsprojekten • Geschlechterkriterien für wissenschaftliche Veröffentlichungen • Evidenzbasierte Gesundheitsinformation für VerbraucherInnen, NutzerInnen, Versicherte, PatientInnen, Angehörige und Interessierte • Evidenzbasierte Gesundheitsinformation im Kontext von Gesundheitskompetenz sowie Informationen für Professionelle
<p>KOMMUNIKATION ZWISCHEN ARZT/ÄZTIN UND PATIENT/-IN</p>	
<p>BMGF (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/6/7/CH1443/CMS1476108174030/strategiepapier_verbesserung_gespraechsqualitaet.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Bericht zur Gesprächsqualität in Österreich. Europaweite Befragungen von PatientInnen zu deren Einschätzungen der Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation zeigen uns, dass deren Qualität in Österreich hinter dem EU-Durchschnitt hinterherhinkt. Interviews mit ExpertInnen bestätigen diesen Befund: Auch wenn kommunikative Kompetenzen inzwischen Eingang in die medizinische Ausbildung gefunden haben, im Klinikalltag scheinen sie noch kaum angekommen zu sein. Besonders vulnerable Gruppen sind hiervon negativ betroffen.</p>
<p>Sator M., Nowak P., Menz F.(2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der</p>	<p>Die <i>Weiterentwicklung der Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe</i> stellt eine</p>

<p>Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. https://www.bmgf.gv.at/cms/.../strategiepapier_verbesserung_gespraechsqualitaet.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Maßnahme zum priorisierten Rahmen-Gesundheitsziel 3 („Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“) dar. Im Rahmen dieser Maßnahme wurden durch die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des BMG und des HVB Grundlagen, Analysen und erste Umsetzungsempfehlungen für eine umfassende Weiterentwicklung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung erstellt und einschlägige internationale und österreichische Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen aufbereitet. Dafür wurden - fokussiert auf die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen - eine Literaturanalyse und Interviews mit ExpertInnen aus allen gesellschaftlichen Sektoren durchgeführt.</p>
<p>Sator M., Nowak P., Menz F. (2017):Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung – Praxismodelle und Entwicklungsinitiativen. Gesundheit Österreich GmbH. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/161 (Zugriff 16.10.2017).</p>	<p>Die Grundlagenarbeit und Ist-Analyse im Auftrag des BMG in puncto Status quo und Entwicklungsbedarf im Bereich <i>Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung</i> hat gezeigt, dass Gespräche zwischen Gesundheitsprofis und PatientInnen hoch relevant sind, dass die Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung mangelhaft ist und weitreichende Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität notwendig sind, die über die Lehre von kommunikativen Kompetenzen in Aus-, Weiter- und Fortbildung hinausgehen (Sator et al. 2015). Vor diesem Hintergrund hat der vorliegende Ergebnisbericht zum Ziel, internationale und österreichische Praxismodelle und aktuelle Entwicklungsinitiativen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der österreichischen Krankenversorgung, die relevant in Hinblick auf den österreichischen Entwicklungsbedarf sind, zu identifizieren und damit die Grundlage für die notwendigen Maßnahmen bilden können. Dazu wurden eine Internetrecherche und eine systematische Literatursuche in Datenbanken und Zeitschriften zu Primärquellen und Reviews durchgeführt, die durch eine Handsuche und eine Nachrecherche ergänzt wurden. Für die Identifikation von internationalen Entwicklungsinitiativen und Praxismodellen wurden unter der Annahme, dass Modelle und Entwicklungsinitiativen aus dem deutschsprachigen Raum für den österreichischen Entwicklungsbedarf eine besonders hohe Relevanz haben (aufgrund der gleichen Sprache bei gleichzeitig in den Grundzügen ähnlichen Gesundheitssystemen), im Rahmen der Erstselektion die Einschlusskriterien für Maßnahmen aus dem deutschsprachigen Raum weniger restriktiv formuliert als jene für den internationalen Raum. Im Rahmen der Zweitselektion wurden die Modelle und Entwicklungsinitiativen in Hinblick auf ihre Relevanz für den in der Grundlagenarbeit identifizierten österreichischen Entwicklungsbedarf ausgewählt. Für die Identifikation von österreichischen Entwicklungsinitiativen und Praxismodellen wurde den Hinweisen aus den ExpertInneninterviews, die im Rahmen der Grundlagenarbeit für das BMG (Sator et al. 2015) geführt wurden, im Rahmen einer Internetrecherche systematisch nachgegangen.</p>
<p>Ganahl K., Dahlvik J., Röthlin F., et al. (2016): Gesundheitskompetenz bei</p>	<p>Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit von Menschen und</p>

<p>Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. Endbericht.Fonds Gesundes Österreich. http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/gesundheitskompetenz-von-menschen-mit-migrationshintergrund-aus-der-tuerkei-und-ex-jugoslawien-in-osterreich-2013-die-wichtigsten-ergebnisse-der-studie (Zugriff 16.10.2017).</p>	<p>hat nachgewiesene Auswirkungen auf den Erfolg der Krankenbehandlung. Migrationsstatus wird international als Risikofaktor für mangelnde Gesundheitskompetenz und dementsprechende negative Auswirkungen thematisiert. Bisher gab es international nur wenige und in Österreich keine Daten zur Gesundheitskompetenz von MigrantInnen. Um diese Wissenslücken zu schließen wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich und der Merck Sharp & Dohme GesmbH Österreich die Durchführung der vorliegenden Studie beauftragt. Die Studie zeigt nachdrücklich auf, dass eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz hauptsächlich vom allgemeinen sozioökonomischen Status abhängt und migrantInnenspezifische Determinanten eine geringere Rolle spielen. Andere zentrale Erkenntnisse der Studie sind zudem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migrationsstatus bedeutet nicht, dass geringe Gesundheitskompetenz vorliegt: Entgegen allen Erwartungen ist die Gesundheitskompetenz wichtiger MigrantInnengruppen nicht schlechter als jene österreichischer BürgerInnen. • Sozio-ökonomisch besser gestellte und besser integrierte MigrantInnen haben im Vergleich zu entsprechenden österreichischen Gruppen sogar eine bessere Gesundheitskompetenz. • Gelungene Integration ist von zentraler Bedeutung: Eine wichtige Rolle in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz spielen die Sprachkompetenz sowie die erlebte Integration. Personen mit guten Deutschkenntnissen und erworbener österreichischer Staatsbürgerschaft wiesen deutlich bessere Ergebnisse in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz auf. • Sozioökonomische Faktoren sind entscheidenden Faktoren für die Gesundheitskompetenz. • Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz können nur politikfeldübergreifend wirksam werden.
<p>Grazie J., Wimmer-Puchinger B. (2014): Rahmen-Gesundheitsziel 3, Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/4/1/CH1339/CMS1400581042786/rgz3_bericht.pdf (Zugriff 16.10.2017).</p>	<p>Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der AG Gesundheitskompetenz in der 2. Phase der Arbeiten zu den österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen im Jahr 2013 zusammen. Das R-GZ 3 <i>Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken</i> wurde vom R-GZ-Plenum zum höchst priorisierten Ziel gewählt.</p>
<p>Fousek S., Domittner B., Nowak P. (2012): Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH. https://repository.publisso.de/resource/frl:5042056-1/data (Zugriff 16.10.2017).</p>	<p>Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Optionen für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles <i>Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken</i> aufzuzeigen und damit eine Entscheidungsgrundlage zu liefern. Es werden theoretische Konzepte und Modelle vorgestellt, allgemeine praktische Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz beschrieben, aktuelle österreichische Initiativen und Projekte beispielhaft aufgezeigt und abschließend erste Umsetzungsvorschläge als Diskussionsgrundlage skizziert.</p>

<p>Pelikan JM., Röthlin F., Ganahl K.(2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung - nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht. http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_1412/90528.pdf (Zugriff 16.10.2017).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dieser Bericht beschreibt die Gesundheitskompetenz und deren Zusammenhänge mit möglichen Determinanten und Konsequenzen in Österreich. • Folgende Fragen werden behandelt: Wie viele Menschen in Österreich haben limitierte Gesundheitskompetenz? Welche vulnerablen Personengruppen in Österreich haben überdurchschnittliche Anteile von limitierter Gesundheitskompetenz? Wie gesundheitskompetent ist die österreichische Bevölkerung im Durchschnitt? Wie gut ist die funktionale Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung? Wie hängt umfassende Gesundheitskompetenz mit soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten zusammen? Wie groß ist der soziale Gradient der umfassenden bzw. funktionalen Gesundheitskompetenz und der selbst eingeschätzten Gesundheit? Welche Konsequenzen hat (limitierte) umfassende Gesundheitskompetenz für Gesundheitsverhalten, Gesundheit sowie für Krankheitsverhalten?
<p>Wimmer-Puchinger B., Wolf H., Engleder A. (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. http://medienservicestelle.at/migration_bewegt/wp-content/uploads/2011/05/+wimmer-puchinger-Migranten.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Migrantinnen gehen insgesamt seltener zu niedergelassenen FachärztInnen als in die Ambulanzen. Kommunikations-, Kultur- und Informationsbarrieren führen dazu, dass sie mit der Gesundheitsversorgung unzufrieden sind oder dass die Kinder als Dolmetscher eingesetzt werden. Die Folge sind häufigere Krankenhausaufenthalte.</p>
<p>Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017): Verbesserung patientenzentrierte Gespräche. Soziale Sicherheit 6/2017:244-246. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.642725&version=1499339997 (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>Interview mit Dr. Gallé bzgl. Verbesserung patientInnenzentrierter Gespräche.</p>
<p>Pochobradsky E., Habl C., Schleicher B., (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. http://www.armutskonferenz.at/files/pochobradsky_ungleichheit_gesundheit-2002.pdf (Zugriff 16.10.2017)</p>	<p>In Österreich lagen bis dato kaum Informationen über das Ausmaß schichtspezifischer Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Risiken, Morbidität und Mortalität vor. Es gab bisher nur wenige gesicherte Befunde zur sozial ungleichen Verteilung von Gesundheit. Bemerkenswert ist auch, dass diese Unterschiede trotz der Möglichkeit einer relativ einkommensunabhängigen Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems bestehen. Hier setzt die Studie an.</p>
<p>ZUGANG ZU FACHÄRZTLICHER VERSORGUNG/SELBSTZUWEISERINNEN/VERSORGUNGSKOORDINATION</p>	
<p>Haidinger G., Eckert-Graf L., Wirgler PE., et al. (2013): Selbstzuweiser im Spital – wie viele könnten im primär-medizinischen Bereich behandelt werden? Deutscher Ärzte-Verlag. ZFA. 89(1):41-6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Studie: Zwei Monate lang wurden die Gründe von Ambulanzbesuchern ohne Zuweisung (12,5 % aller Ambulanzkontakte) für das Aufsuchen einer Spitalsambulanz aufgezeichnet. Diese Liste von Beschwerden wurde im Anschluss von zwei niedergelassenen

	<p>AllgemeinärztInnen begutachtet und in die Gruppen „von niedergelassenem/r AllgemeinmedizinerIn behandelbar“, „dringend abklärungsbedürftig und Behandlung vermutlich nur im Krankenhaus möglich“ und „von niedergelassenem/r SpezialistIn behandelbar“ eingeteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse: Insgesamt wurden die Angaben zu 888 Einzelpersonen registriert. Von 419 registrierten Beschwerdebildern könnten mindestens 60 % bei niedergelassenen AllgemeinärztInnen behandelt werden. Bei mindestens 3 % der ausgewerteten Angaben bedürfen die PatientInnen einer Behandlung im Krankenhaus und bei mindestens 5 % einer Behandlung durch SpezialistInnen.
WARTEZEITEN	
Schrattbauer B.(2016): Privatleistungen im Spannungsfeld zur Sachleistungsversorgung der Krankenversicherung. Soziale Sicherheit. 12/2016: 495 -505.	Artikel zu Grenzen der Zulässigkeit von Privatterminen und Privatverrechnung bei bzw. durch CT-/MR-Vertragsambulatorien.
Verein für Konsumenteninformation (VKI) Test. Magnetresonanztomographie – Wartezeiten. Konsument 10-13. 4/2016.	61 österreichische Institute wurden auf Unterschiede zwischen Privat- und KassenpatientInnen in Bezug auf Wartezeiten getestet.
Verein für Konsumenteninformation (VKI) Ärztetest – Wartezeit bei Facharztterminen. Konsument 20 – 23. 2/2008.	<p>Jeweils zehn ÄrztInnen aus neun Fachgruppen wurden getestet; Ergebnisse von Testanrufen mit Symptomen, die rasche Abklärung erfordern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei 142 von 180 Anfragen (79%) rasche Terminvergaben innerhalb von 2 Tagen, in mehr als der Hälfte aller Fälle erhielten Testpersonen sogar noch am selben Tag einen Termin • keine Bevorzugung von PrivatpatientInnen • detaillierte Ergebnisse per Fachgruppe
Pirngruber C., Siegl K.(2017): Wartezeiten bei Vertragsärzten – überraschende Erkenntnisse bei Bestandsaufnahme in Oberösterreich. Soziale Sicherheit. 5/2017: 228 -230.	Vergleich zwischen Wartezeit und Zielwert: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Ordinationsauslastung und Wartedauer, das Ordinationsmanagement gilt dabei als wesentlicher Einflussfaktor auf Wartezeiten.
TRANSPARENZ: STRUKTUR/PROZESS/ERGEBNISSE	
Institut Marketagent (2008): Patienten-Zufriedenheit in Österreichs Wartezimmer. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20080828_OTS0131/aktuelle-studie-zur-patientenzufriedenheit-in-oesterreich-oesterreicher-haben-angst-vor-gesundheitsreform-patienten-mit-ausstattung-von-wartezimmern-unzufrieden-bild (Zugriff 18.10.2017)	450 befragte ÖsterreicherInnen: 50% sind zufrieden mit dem Wartezimmer der ÄrztInnen, andere beklagen unbequeme Sitzmöbel (34,7%), das Fehlen von aktuellen Zeitungen und Informationsangeboten (32,9%) sowie schlechte Lüftung (31,2%).
Schiller-Frühwirth I. (2017): Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich mit besonderem Fokus auf Kinder. Soziale Sicherheit.	In allen Bundesländern ist eine höhere Verordnungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den Erwachsenen zu erkennen, ausgenommen die Bundesländer Salzburg und

<p>http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.778702&viewmode=content (Zugriff 18.10.2017)</p>	<p>Vorarlberg. Bei Kleinkindern bis 2 Jahren finden sich die höchsten Verordnungsprävalenzen in Wien mit 45%, die niedrigsten in Salzburg mit 27%. Die höchsten Verordnungsprävalenzen finden sich bei Kindern von 0 bis 6 Jahren in den politischen Bezirken Mattersburg (57%) und Völkermarkt (56%), die niedrigsten im Bezirk Innenstadt Wien (25%) sowie Salzburg Stadt (27%) und Salzburg Umgebung (28%). Ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren wie Einkommen und Ausbildung mit der Verordnungsprävalenz von Kindern bis 6 Jahren bzw. Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren lässt sich für Österreich nicht nachweisen.</p>
<p>Fößleitner S., Teichert T. (2017): Vertragsärztinnen und –ärzte in Österreich . Bestandsaufnahme und Analyse. Bericht. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.639522&version=1490770055 (Zugriff 18.10.2017)</p>	<p>Vorliegender Bericht beschäftigt sich mit der Anzahl der VertragsärztInnen in Österreich, wobei größtenteils auf jene mit einem § 2-Kassenvertrag eingegangen wird. Im Zuge dessen wird eine retrospektive Datenanalyse sowie eine Literaturrecherche durchgeführt, um nicht nur eine Bestandsaufnahme der sog. § 2-ÄrztInnen zu liefern, sondern auch eine Analyse bezogen auf die Dichte, die regionale Verteilung, das Alter sowie das Geschlecht der § 2-VertragsärztInnen vorlegen zu können.</p>
<p>Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Großgeräteplan (Stand 30.06.2017). https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2017 (Zugriff 18.10.2017)</p>	<p>Vorgaben zur Großgeräteplanung (inkl. Funktionsgeräte) nach Bundesländern - alphabetisch geordnet, standortgenau sowie in einer Österreich-Gesamtdarstellung in Tabellenform.</p>
<p>Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2012): Anzahl der Großgeräte lt GGP/ÖSG –Ist Stand, Soll –Stand; AVEs nach Region/Fach/Anbieterart. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012 (Zugriff 19.10.2017)</p>	<p>Bericht zur Darstellung der Anzahl und Variation der Großgeräte.</p>
<p>Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband_stand_30.6.2017.pdf (Zugriff 19.10.2017)</p>	<p>Neu strukturierter, aktualisierter und ausgebauter österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Die inhaltliche Erweiterung umfasst spezielle Aufgabenprofile und Qualitätskriterien für den ambulanten Bereich. Hinsichtlich Prozessqualität thematisiert der ÖSG 2017 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Hygiene mit dem Ziel die PatientInnensicherheit zu gewährleisten und zu verbessern.</p>
<p>KPMG International (2017): Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency. http://www.kpmg-institutes.com/content/dam/kpmg/healthcarelifesciencesinstitute/pdf/2017/t</p>	<p>Ein Rahmenkonzept zu Transparenz (transparency framework) wurde entwickelt sowie anschließend in 32 Ländern die dafür nötigen Daten gesammelt und analysiert. In dem Ländervergleich wurde Österreich lediglich auf Platz 27 von 32 gerankt. Am schlechtesten wurde Österreich dabei in der Transparenz von Qualitätsdaten und PatientInnenerfahrungen</p>

<p>hrough-looking-glass.pdf (Zugriff 19.10.2017)</p>	<p>bewertet.</p>
<p>UNTER-/FEHLVERSORGUNG</p>	
<p>LSE Consulting. London School of Economics and Political Science, et al. (2017): Efficiency Review of Austria's Social Insurance System. Volume 1 – International Comparisons and Policy Options. https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=424 (Zugriff 19.12.2017)</p>	<p>Teil 1 der Sozialversicherungsstudie deckt folgende Themen ab: Ambulante ärztliche Kontakte pro Kopf, Österreich im internationalen Vergleich, Zugang zur und Gerechtigkeit in der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, Integration der Gesundheitsversorgung, nationale Variation von FachärztInnen ohne Kassenvertrag sowie Qualität der Gesundheitsversorgung.</p>
<p>NACHSORGE</p>	
<p>Rami R.(2016): Patientenbefragung zur Vernetzung von Gesundheitsangeboten. Institut für empirische Sozialforschung GmbH. https://www.ifes.at/sites/default/files/downloads/30035001_gesundheitsparks_chart_report_pk_final_2016-06-09.pdf (Zugriff 19.10.2017)</p>	<p>Telefonische Befragung von 1.100 PatientInnen, welche repräsentativ für Wien und Oberösterreich ist. 76 Prozent der Befragten schreibt dem Hausarzt/der Hausärztin eine zentrale Stellung bei der Informationsgewinnung zu, 63 Prozent meinen, sie wüssten meist selbst am besten, wo sie Informationen finden oder wen sie fragen, und 50 Prozent nennen das Krankenhaus als den Ort, wo man sehr gut wüsste, was bei gesundheitlichen Problemen zu tun sei. Immerhin noch 38 Prozent der Befragten wünschen sich allerdings eine „zentrale Stelle“, wo man anrufen und sich Rat holen könne. Das Internet stellt aktuell für 21 Prozent eine zuverlässige Informationsquelle in Gesundheitsfragen dar. Befragt nach der persönlichen Betroffenheit durch unterschiedliche Probleme im Gesundheitssystem nennen 70 Prozent „Wartezeiten auf Termine beim Facharzt“. 88 Prozent der Befragten wünschen sich darüber hinaus eine stärkere Vernetzung und örtliche Bündelung jener Stellen, die mit der Behandlung von gesundheitlichen Beschwerden zu tun haben.</p>

Anhang 3: Angebotene Kommunikationskurse in England

<http://www.christie.nhs.uk/professionals/education/continuing-professional-development/maguire-communication-skills-training-unit/the-maguire-portfolio-of-courses/>

<http://trainingcoursesfordoctors.co.uk/>

<http://www.maguiretraining.co.uk/healthcare/advanced-communications-in-the-nhs/>,

<https://www.themdu.com/learn-and-develop/course-listing/essential-communication-skills>,

<http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId=10056676>

<https://www.medical-interviews.co.uk/product/advanced-communication-skills-course>

Anhang 4: Indikatoren im französischen Pay-for-Performance-System ROSP

Bereich	Unterbereich	Indikator	Zielwert	Punkte
Prävention	Grippe	Anteil PatientInnen ≥ 65 Jahre, die Grippeimpfung erhalten	$\geq 75\%$	20
		Anteil PatientInnen 16-64 Jahre mit chronischer Erkrankung, die Grippeimpfung erhalten	$\geq 75\%$	20
	Krebs-Screening	Anteil Frauen 50-74 Jahre, die an Brustkrebs-Screening teilnehmen	$\geq 80\%$	40
		Anteil Frauen 20-65 Jahre, bei denen in den vergangenen 3 Jahren ein PAP-Abstrich durchgeführt wurde	$\geq 80\%$	40
		Anteil PatientInnen 50-74 Jahre, bei denen in den vergangenen 2 Jahren ein Darmkrebs-Screening durchgeführt wurde	$\geq 70\%$	55
	Iatrogenie	Anteil PatientInnen ≥ 75 Jahre ohne registrierte chronische psychiatrische Erkrankung, die mind. 2 Psychopharmaka erhalten	0%	35
		Anteil PatientInnen, die über mind. 4 Wochen schlaffördernde Benzodiazepine erhalten	$\leq 24\%$	35
		Anteil PatientInnen, die über mind. 12 Wochen anxiolytische Benzodiazepine erhalten	$\leq 7\%$	35
	Antibiotika	Anzahl von Antibiotikaverschreibungen für PatientInnen 16-65 Jahre pro 100 PatientInnen ohne chronische Erkrankungen	≤ 14	35
		Anteil PatientInnen, die besonders resistenzfördernde Antibiotika erhalten	$\leq 27\%$	35
	Sucht	Anteil der nikotinabhängigen PatientInnen, die an Entwöhnungsprogramm teilnehmen (deklarativer Indikator)	$\geq 75\%$	20
		Anteil der alkoholabhängigen PatientInnen, die an Entwöhnungsprogramm teilnehmen (deklarativer Indikator)	$\geq 75\%$	20
Chronische Erkrankungen	Diabetes	Anteil DiabetespatientInnen, bei denen im vergangenen Jahr mind. 2 HbA1c-Tests durchgeführt wurden	$\geq 93\%$	30
		Anteil DiabetespatientInnen, bei denen in den vergangenen 2 Jahren eine augenärztliche Untersuchung/Fundusuntersuchung durchgeführt wurde	$\geq 77\%$	30
		Anteil DiabetespatientInnen, bei denen im vergangenen Jahr Tests bzgl. Mikroalbuminurie sowie Serumkreatinin (inkl. Abschätzung der glomerulären Filtrationsrate) durchgeführt wurden	$\geq 61\%$	30
		Anteil DiabetespatientInnen, bei denen im vergangenen Jahr eine Untersuchung der Füße durchgeführt wurde (durch ÄrztIn selbst oder durch PodologIn) (deklarativer Indikator)	$\geq 95\%$	20
	Bluthochdruck	Anteil BluthochdruckpatientInnen, bei denen im vergangenen Jahr Tests bzgl. Proteinurie sowie Serumkreatinin (inkl. Abschätzung der glomerulären Filtrationsrate) durchgeführt wurden	$\geq 14\%$	30
	Kardiovaskuläre Erkrankungen	Anteil PatientInnen, deren kardiovaskuläres Risiko vor der Verschreibung von Statinen abgeklärt wurde (durch SCORE oder ähnliches Instrument) (deklarativer Indikator)	$\geq 95\%$	20
		Anteil PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit oder arterieller Verschlusskrankheit, die Statine und	$\geq 61\%$	30

Bereich	Unterbereich	Indikator	Zielwert	Punkte
Medikamenten- verschreibung		Thrombozytenaggregationshemmer und ACE-Hemmer oder Angiotensin-II-Antagonisten erhalten		
		Anteil PatientInnen, die langfristig Vitamin-K-Antagonisten erhalten, bei denen im vergangenen Jahr mind. 10 INR-Tests durchgeführt wurden	≥95%	30
	Generika	Generikaanteil Statine (Packungen)	≥97%	50
		Generikaanteil Antihypertensiva (Packungen)	≥92%	45
		Generikaanteil Medikamente zur Behandlung von Harninkontinenz (Packungen)	≥94%	30
		Generikaanteil Antiasthmatica (Packungen)	≥86%	30
		Generikaanteil bei sonstigen Medikamenten	≥55%	10
	Biosimilars	Biosimilaranteil Insulin glargin (Packungen)	≥20%	30
	Verschreibungs- effizienz	Anteil PatientInnen, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, die außerdem niedrig dosiertes Aspirin erhalten	≥94%	45
		Anteil DiabetespatientInnen, die Metformin erhalten	≥93%	45
Anteil PatientInnen, bei denen im vergangenen Jahr ein Schilddrüsenhormontest durchgeführt wurde, bei denen außerdem der TSH-Wert gemessen wurde		≥99%	45	

Quelle: Assurance Maladie (2017, 2018a), Darstellung und Übersetzung: IHS (2018)

