

Qualität in Gesundheitssystemen – Mit einem Schwerpunkt auf strategischen Optionen für Österreich

Bericht

Kapitel 3: Strategieoptionen für Qualität im Gesundheitswesen

Februar 2008

AutorInnenen: Elias Mossialos, Julia Lear und Joy Ladurner

London School of Economics and Political Science, 2008

Deutsche Übersetzung
übersetzt von Joy Ladurner



Inhaltsverzeichnis

PRÄAMBEL	3
GLIEDERUNG DER STRATEGIEOPTIONEN	4
TEIL 1 – ALLGEMEINE EMPFEHLUNGEN	7
TEIL 2 – PRIORITÄRE STRATEGIEOPTIONEN	10
TEIL 3 – STRATEGIEOPTIONEN ZUR QUALITÄT DER VERSORGUNG IN ÖSTERREICH	14
<i>I Empfehlungen für Aufklärung, Information, Aus- und Weiterbildung</i>	<i>14</i>
<i>II Empfehlungen zum Feedback von Information</i>	<i>28</i>
<i>III Empfehlungen zu Anreizmechanismen</i>	<i>41</i>
<i>IV Empfehlungen zu administrativen Strukturen und Prozessen</i>	<i>46</i>
<i>V Empfehlungen zu Regulierung und Gesetzgebung</i>	<i>51</i>

Präambel

Das österreichische Gesundheitswesen zeichnet sich gegenwärtig durch eine große öffentliche Zufriedenheit und ein hohes Vertrauen der Bevölkerung aus. Dieser Umstand ist u.a. darauf zurückzuführen, dass 98,5% der Bevölkerung durch die gesetzliche Sozialversicherung geschützt sind und über eine fast uneingeschränkte Wahlfreiheit von LeistungserbringerInnen verfügen. Die Wartezeiten für die meisten Interventionen scheinen akzeptabel zu sein; in der Akutversorgung kommt es zu keinen Wartezeiten. Die Ausbildung der Gesundheitsberufe wird als gut beurteilt, Krankenanstalten sind gut ausgestattet und LeistungserbringerInnen üblicherweise innerhalb einer zumutbaren Zeit erreichbar, sogar in ländlichen Gegenden.

Es besteht jedoch noch Verbesserungspotenzial. Das österreichische Gesundheitswesen weist bei der Finanzierung und der Entscheidungsfindungsstruktur einen hohen Fragmentierungsgrad auf. Die Zuständigkeiten für verschiedene Systembestandteile können als diffus bezeichnet werden; sie sind auf viele Ebenen (Bund, Sozialversicherung, LeistungserbringerInnen) verteilt. Die Tatsache, dass die Finanzierung von Gesundheitsleistungen verschiedenen Systemstakeholdern obliegt, schafft für LeistungserbringerInnen Anreize PatientInnen von einer Ebene im Gesundheitssystem auf eine andere „zu verschieben“. Österreich ist eines jener europäischen Länder, das einen hohen Anteil an privater Finanzierung aufweist (ca. 30% der gesamten Ausgaben). Dies obwohl das Leistungspaket der Sozialversicherung relativ umfassend ist. Selbstbehalte existieren, werden jedoch durch Ausnahmeregelungen abgedeckt. Mit dem Jahr 2008 wurde eine Obergrenze (Deckelung) für Rezeptgebühren eingeführt, was bedeutet, dass derartige Ausgaben für PatientInnen nun mit einem Maximalbetrag von 2% ihres (jährlichen) Einkommens begrenzt sind.

Die Qualitätsdiskussion setzte in Österreich in den 90ern ein. Zu Beginn wurde Qualitätsmanagement vor allem als Kontrollinstrument und Mechanismus zur Sicherstellung eines definierten Standards gesehen. In der Vergangenheit hat sich das Verständnis jedoch weiterentwickelt und ist umfassender geworden. Qualitätsmanagement wird nun als kontinuierlicher Verbesserungsprozess verstanden, der alle Ebenen im Gesundheitswesen erfasst. Auf der Bundesebene ist die zunehmende Bedeutung durch den Erlass des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen sichtbar, welches im Jänner 2005 in Kraft gesetzt wurde. Mit dem Gesetz beabsichtigte man eine Zusammenführung der bis dahin bestehenden Regulierungen zur Qualität im Gesundheitswesen in ein Gesetz. Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 stellte die Gründung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen einen weiteren wichtigen Schritt in der Qualitätsentwicklung dar. Das Institut nahm im Juli 2007 seine Arbeit auf. Obwohl das Bundesgesetz bislang keine bemerkenswerten Auswirkungen mit sich gebracht hat, ist in der nahen Zukunft mit einer Umsetzung spezifischer Maßnahmen in Form von Verordnungen zu rechnen.

Die ÖsterreicherInnen sind mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen in ihrem Land zufrieden. Der öffentliche Wunsch nach einer Reform scheint nicht sehr groß zu sein. Dieser Umstand könnte zum Teil auch auf den Mangel an Transparenz über Qualität im Gesundheitswesen zurückzuführen sein. PatientInnen begeben sich selten auf die Suche nach qualitätsrelevanten Informationen über LeistungserbringerInnen oder Gesundheitsleistungen und erwarten auch nicht fündig zu werden. Für gewöhnlich verlassen sie sich auf Empfehlungen von FreundInnen, Verwandten, KollegInnen oder ihrem/ihrer Hausarzt/Hausärztin. PatientInnen nehmen jedoch zunehmend eine aktivere Rolle ein und äußern sich offener. Das Internet entwickelt sich immer mehr zu einer wichtigen Informationsquelle für PatientInnen. Dies obwohl es keine Garantie für die Eindeutigkeit oder die Relevanz der Information für den Krankheitszustand des/der entsprechenden Patienten/Patientin gibt.

Die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen ist ein umstrittenes Thema. Es existieren bedeutende Vor- und Nachteile, die vor einer öffentlichen Publikation von Daten oder Berichten genau durchdacht werden sollten. Während sich zahlreiche Länder für eine Veröffentlichung einiger qualitätsrelevanter Informationen entschlossen haben, hat jedes individuelle Land dies als Reaktion auf die sich in seinem besonderen Kontext ergebenden Bedürfnisse getan. Um die Frage der Transparenz in Österreich beantworten zu können, wird Stakeholdern empfohlen die Risiken und den Nutzen die/der damit einhergehen/einhergeht für die gesamte Öffentlichkeit, für die PatientInnen und für alle anderen Gesundheitssystembestandteile abzuwägen. Weitere Informationen zu Transparenz und zur Veröffentlichung

von Leistungsdaten sind im Abschnitt 5.7 des Kapitels 1 (internationale Beispiele) oder des Kapitels 2 (österreichische Situation) zu finden.

Nachstehend erfolgt noch eine Auflistung abschließender Bemerkungen zu den im Dokument angeführten Strategieoptionen und internationalen Beispielen: LSE Health wurde ersucht zur Qualität im österreichischen Gesundheitswesen eine Auswahl an strategischen Optionen zu präsentieren. Strategieoptionen wurden vorsichtig formuliert und umfassen eine Vielzahl an Empfehlungen. Eine weiterführende Strategieberatung sowie Entscheidungsfindung für Österreich sollte letztendlich von lokalen und nationalen ExpertInnen vorgenommen werden. In vielen Fällen könnte mehr als eine Option zu einer Qualitätsverbesserung führen. Internationale Beispiele dienen lediglich der Veranschaulichung der Vielfalt von Optionen die österreichische EntscheidungsträgerInnen in Betracht ziehen können. Eine Evaluierung der Wirksamkeit der Beispiele sowie deren Eignung für Österreich gehen über die Projektanforderungen hinaus. Zahlreiche Initiativen wurden darüber hinaus erst vor kurzem eingeführt; es wäre demnach zu früh um deren Erfolg oder Misserfolg zu beurteilen. Die angeführten Beispiele dienen als Ausgangspunkt für eine informierte Diskussion unter Stakeholdern im österreichischen Gesundheitswesen. Im Rahmen dieser soll festgestellt werden welche qualitätsverbessernden Maßnahmen für welchen Anlass am besten geeignet sind.

Gliederung der Strategieoptionen

Dieses Kapitel untergliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden allgemeine Empfehlungen zum Umgang mit dem Thema Qualität im Gesundheitswesen gegeben. Dabei werden Aspekte wie Erwartungen, Implementierung, die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen, Kosten, der Aufbau von Kapazitäten und weitere Forschungsgebiete behandelt. Der zweite Teil enthält jene Strategieoptionen, denen man in Österreich eine besondere Priorität einräumen sollte. Der dritte Teil des Kapitels präsentiert eine Reihe an Strategieoptionen für Qualität (einschließlich jener, die als prioritäre Strategieoptionen ausgewählt wurden).

Die erste Version der prioritären Strategieoptionen spiegelte einen Vorschlag des internen Projektteams (LSE, Hauptverband) sowie einiger Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates und der Steuerungsgruppe wider. Im Rahmen einer am 2. November 2007 abgehaltenen Sitzung diskutierten die teilnehmenden Personen den ersten Entwurf des Kapitels zu den Strategieoptionen und Empfehlungen. Der im Anschluss an die eben erwähnte Sitzung überarbeitete Entwurf der prioritären Strategieempfehlungen sowie die längere (komplette) Version der Strategieoptionen wurden am 10. Jänner 2008 allen Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates sowie der Steuerungsgruppe übermittelt. Diese Dokumente bildeten die Diskussionsgrundlage des abschließenden Projektmeetings am 31. Jänner 2008. Die Ergebnisse des Projektes wurden im Zuge einer Sitzung, die am selben Tag anberaumt war, formal von der Steuerungsgruppe abgenommen. Im Laufe der vorher erwähnten Sitzungen eingebrachte Anmerkungen wurden in den gegenwärtigen Bericht eingearbeitet. Dieser stellt nun die Endversion des Projektberichtes dar.

Die AutorInnen von LSE Health hielten sich genau an das für das Projekt definierte Projektkonzept. Darauf aufbauend wird mit dem Bericht das Ziel verfolgt für einige europäische Länder umfassende Informationen zu ausgewählten, mit Qualitätsverbesserungen in Zusammenhang stehenden, Forschungsergebnissen zu präsentieren. Beispiele aus den USA und Kanada werden ebenfalls erläutert. Die AutorInnen nehmen davon Abstand die Einführung bestimmter Länderbeispiele für Österreich zu empfehlen, auch werden die internationalen Beispiele nicht als etablierte Best-Practice Modelle deklariert. LSE Health hat, wie gewünscht, die in mehreren Ländern und in Österreich entwickelten Maßnahmen und Ansätze, abgebildet. Gewonnene Erkenntnisse sollen als Diskussionsinput dienen sowie als Anregung zur Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Beurteilung der Eignung der Strategieoptionen für Österreich obliegt dem Hauptverband und den involvierten Gremien.

Prioritäre Empfehlungen und Strategieoptionen werden entsprechend sechs verschiedener Kategorien von Interventionen zur Erzielung von Qualitätsverbesserung gruppiert. Diese fußen auf einem Modell welches von Black und Gruen¹ entwickelt wurde und umfassen:

- Aufklärung, Information (*Education*)
- Feedback von Information (*Feedback of information*)
- Anreizmechanismen (*Incentives*)
- Administrative Strukturen und Prozesse (*Administrative structures and processes*)
- Regulierung (*Regulation*)
- Gesetzgebung (*Legislation*)

Generell wird angeraten die ersten vier Typen von Interventionen auszuprobieren bevor auf regulierende oder gesetzgebende Maßnahmen zurückgegriffen wird. Sollten diese keine Wirkung zeigen, können regulierende oder legislative Interventionen nochmals in Betracht gezogen werden.

Bei **Interventionen zur Aufklärung, Information, Aus- und Weiterbildung** handelt es sich um Aktivitäten im Zuge derer Individuen Information darüber erhalten wie sie die Qualität der Versorgung verbessern können. Es handelt sich um aufklärende Maßnahmen die Tagungen, Seminare oder die Herausgabe von Leitlinien oder computergenerierten Erinnerungen umfassen.

Feedback von Information bezieht sich auf Interventionen, die darauf abzielen das individuelle Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderungen zu stärken und Individuen darüber hinaus Informationen über Auswirkungen verschiedener Ansätze zur Qualitätsverbesserung zu vermitteln. Ansätze können sich mit der Sammlung und Zurverfügungstellung von Leistungsdaten auseinandersetzen. Die Veröffentlichung von Informationen kann aktiv oder passiv erfolgen, d.h. sie wird den Empfängern entweder einfach bereitgestellt oder sie wird durch zusätzliche Analysen ergänzt, die sich darauf beziehen welche Schritte ergriffen werden sollen.

Black und Gruen unterscheiden verschiedene Arten von **Anreizen**, nämlich finanzielle Anreize oder sozial-verhaltensgeleitete (*socio-behavioural*) Anreizmechanismen. Ein Beispiel eines finanziellen Anreizes wäre eine zusätzliche Vergütung für eine Leistung, ein Beispiel für einen sozial-verhaltensgeleiteten Anreiz wäre der Respekt von KollegInnen und Gleichgestellten (*Peers*). Anreize können positiv oder negativ sein, wobei positive Anreize Qualität belohnen und negative Anreize niedrige Qualität bestrafen.

Interventionen, die **administrative Strukturen oder Prozesse** betreffen, beinhalten den Prozess der Reorganisation mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung. Reorganisation kann sich dabei auf eine Veränderung der Verfügbarkeit von Leistungen, des Zuganges zu einer Leistung, der MitarbeiterInnenverantwortung oder der Abläufe in Zusammenhang mit der Einholung einer vorherigen Bewilligung (z.B. bei Medikamenten) oder einer laufenden Überwachung beziehen.

Externe Regulierung umfasst fünf Ansätze: Verträge, Akkreditierung, Zertifizierung, Lizenzierung und Inspektion. Es wird empfohlen Regulierung nur dann einzusetzen wenn diese für notwendig erachtet wird, da sie kostenintensiv ist und auf Missfallen bei den Regulierten treffen kann.

Gesetzgebung & Rechtsstreitigkeiten beziehen sich einerseits auf Gesetze, die erlassen werden um hohe Qualitätsstandards zu fördern und aufrechtzuerhalten, sowie andererseits auf gesetzliche Schritte, die ergriffen werden falls Qualitätsmängel auftreten. Ob Rechtsstreitigkeiten oder die Androhung dieser bei der Verbesserung der Versorgungsqualität nutzbringend oder schädlich sind ist nicht erwiesen. LeistungserbringerInnen könnten sich jedoch dazu veranlasst sehen Risiken zu vermeiden und defensive Medizin zu praktizieren.

¹ Black, N., Gruen, R. Understanding Health Services. Open University Press. London. 2005

In den **Unterabschnitten** wird zwischen den folgenden Mechanismen und HauptakteureInnen unterschieden:

- Regulatorische Ebene (z.B. nationale oder lokale Institutionen)
- LeistungserbringerInnenebene (z.B. Berufsvertretungen oder individuelle LeistungserbringerInnen)
- Institutionelle Ebene (z.B. Krankenhausgesellschaften)
- Zahlerebene (z.B. Financiers)
- PatientInnenebene

Teil 1 – Allgemeine Empfehlungen

Umsetzung

Bei der Vornahme von Veränderungen wird eine schrittweise Einführung empfohlen. Durch die gleichzeitige Umsetzung einer großen Anzahl an Maßnahmen geht man das Risiko ein Stakeholder zu überfordern und dadurch sowohl die Akzeptanz als auch die Erfolgsaussichten einer Initiative zu untergraben.

Ziele sollten transparent und gut definiert sein und eine zukünftige Evaluierung des Erfolges unterstützen. Sofern dies möglich ist, sollte der Umsetzungsprozess, die für die Finanzierung zuständigen Personen sowie die Verantwortung für jede einzelne Phase des Projektes dargelegt werden. Die Anzahl der Ziele sollte zu bewältigen und die Umsetzung dieser realistisch sein. Vor einer umfassenden Umsetzung können Probleme beispielsweise durch die Durchführung von Pilotprojekten identifiziert werden. Besonders Organisationen, die momentan nicht über ausreichende Kapazitäten für eine komplette Umsetzung verfügen, wird diese Vorgangsweise nahegelegt. Diese benötigen Zeit um zu planen, die nötigen Strukturen aufzubauen und Personal einzuschulen. Eine Verteilung der anfallenden Kosten über eine gewisse Zeit könnte auch von Nöten sein. Pilotprojekte könnten hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Gesundheits-Outcomes, Kosten und Effizienz evaluiert werden.

Die Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems führt dazu, dass auf allen Systemebenen eine Vielzahl an unterschiedlichen Strukturen und Prozessen zur Qualität entstehen. Derzeit existiert eine große Anzahl an nicht zusammenhängenden Qualitätsinitiativen. Sollten Qualitätsprojekte nicht besser koordiniert und aufeinander abgestimmt werden, könnte dies jedoch zur Folge haben, dass Ergebnisse nicht vergleichbar sind oder sich nicht ergänzen. Sie könnten darüber hinaus sogar ein Konfliktpotential aufweisen oder sich gegenseitig die Stellung unterlaufen. Einem grundsätzlichen Abschaffen von Diversität ist eine gewissenhafte Analyse bestehender Systeme vorzuziehen weil dadurch Best-Practice Verfahren identifiziert werden können und ein Lernen aus vergangenen Fehlern ermöglicht wird. Um laufende Qualitätsprogramme zu bewerten müssen Daten vergleichbar sein. Stakeholdern muss die Möglichkeit gegeben werden ihre eigenen Standpunkte zu präsentieren. Österreichische Pilotprojekte wie Medsafe² oder ANISS³ könnten evaluiert werden um ihre Wirksamkeit unter lokalen Gegebenheiten zu untersuchen. Einem schrittweisen Zugang zur Initiierung neuer Maßnahmen werden größere Erfolgschancen eingerechnet als einer radikalen systemübergreifenden Transformierung.

Um schlussendlich eine erfolgreiche Umsetzung der gewählten Qualitätsmaßnahmen sicherstellen zu können müssen EntscheidungsträgerInnen wie zum Beispiel die Spitalsleitung davon überzeugt sein, dass sich bei der Überwachung und Setzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen der zusätzlich investierte Aufwand rechnet. Sie müssen sich darüber hinaus ihrer Rolle im weiteren Qualitätssystem bewusst sein. Möglicherweise könnte eine Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes Motivation genug sein. Die Ziele des Projektes müssen so klar definiert sein, dass das Management eindeutig feststellen kann ob diese erfüllt werden oder nicht. In manchen Fällen sollen politische EntscheidungsträgerInnen entscheiden ob es notwendig ist Anreize zu setzen damit die Führung eine Qualitätsinitiative tatsächlich in der gesamten Organisation umsetzt.

Erwartungsmanagement

In den Prozess der Qualitätsverbesserung involvierte Personen sollten nicht mit sofortigen Ergebnissen rechnen. Veränderungen bei Prozessindikatoren oder Outputs können innerhalb einer kurzen Zeit auftreten, sichtbare langfristige Verbesserungen könnten jedoch bis zu 10 Jahre auf sich warten lassen. Es werden keine quantifizierbaren Ergebnisse vorliegen bevor nicht ausreichend viel Zeit vergangen ist um

² “Patientensicherheit in Krankenanstalten -Vermeidung und Überwachung von Medication Errors basierend auf dem MEDSAFE-Modell Pilot II Entwicklung eines österreichischen Modells, Bericht, Zugriff unter http://www.ipg.unilinz.ac.at/medsafe_bericht.pdf

³ Austrian Nosocomial Infection Surveillance System, die österreichische Initiative zur Infektionserfassung im HELICS-Netzwerk

Veränderungen umzusetzen und bevor nicht die Datensammlung, -berichterstattung und -analyse abgeschlossen wurde. Diese Umstände bedeuten natürlich nicht, dass gar keine Maßnahmen initiiert werden sollen. Einige mittelfristige Verbesserungen könnten früher nachweisbar sein, vor allem bei Prozessindikatoren. Die Initiierung von Projekten auf der Mikroebene ist ebenfalls wesentlich da dadurch die Akzeptanz bei den LeistungserbringerInnen vergrößert werden kann. Die Messung von Ergebnissen wird darüberhinaus erschwert wenn zu viele konkurrierende Projekte gleichzeitig realisiert werden.

Es ist wichtig sich darüber im Klaren zu sein, dass bislang keine überwältigende internationale Evidenz existiert. In vielen Ländern befinden sich Qualitätsprogramme noch in der Einführungsphase und können demnach nicht abschließend evaluiert werden. Ein gut geführter Qualitätsverbesserungsprozess wird in vielerlei Hinsicht einen indirekten Nutzen mit sich bringen; Beispiele dafür wären eine bessere MitarbeiterInnenkommunikation und -koordination, eine Bewusstseinssteigerung und die Entwicklung einer Qualitätskultur. Andere Vorteile könnten die Einrichtung eines Berichts- und Informationssystems sein sowie die Anwendung kreativer Problemlösungsansätze.

Im Anhang des internationalen Berichts (Kapitel 1) wird ausführlich beschrieben wie Qualitätsverbesserungen schrittweise realisiert wurden. In den meisten Ländern begann man in den 90ern mit der Umsetzung von Qualitätsstrategien; nur wenige Länder setzten sich früher damit auseinander (z.B. das Vereinigte Königreich, die Vereinigten Staaten von Amerika und die Niederlande). Bedauerlicherweise ist die Evidenz über die Auswirkungen dieser Strategien noch immer unzureichend.

INTERNATIONALES BEISPIEL: USA - *Medicare Quality Improvement Organization Program*

Das Gesetz zur Initiierung von Qualitätsverbesserungsstrategien für das amerikanische Medicare Programm wurde 1982 erlassen. Die erste Phase des Programms behandelte schwerpunktmäßig die Inanspruchnahme von Krankenanstalten durch einzelne PatientInnen. In den 1990ern wurde durch weitere Programme ein Prozess eingeleitet bei dem man versuchte Qualitätsverbesserungen messbar zu machen. Im Rahmen der dritten, laufenden, Phase arbeitet man bei den Qualitätsverbesserungsmaßnahmen mit GesundheitsdienstleisterInnen zusammen um die Qualität von Gesundheitsleistungen zu verändern und zu verbessern.⁴ Eine Studie des *Institute of Medicine* kam dennoch zum Schluss, dass es mehrere Bereiche gäbe, denen eine größere Aufmerksamkeit zukommen sollte um eine fortwährende Qualitätssteigerung sicherstellen zu können.⁵ (siehe Kapitel 1, Anhang Medicare case study §A).

Die Veröffentlichung qualitätsrelevanter Informationen

Sämtliche Programme zur Verbesserung der Qualität des Gesundheitssystems sollen vermeiden das öffentliche Vertrauen zu untergraben. Dieses leistet nämlich einen wesentlichen Beitrag zur Beibehaltung eines gut funktionierenden Gesundheitssystems; sollte das Vertrauen verletzt werden könnten negative Folgen jegliche Qualitätserfolge oder -verbesserung aufheben oder unterminieren.

Bevor man qualitätsrelevante Informationen veröffentlicht ist es äußerst wichtig, dass man sich der Sensitivität des Vorgehens bewusst ist. Die Veröffentlichung qualitätsrelevanter Informationen muss gut überlegt sein, ebenso wie die Art und das Format der Daten sowie das Publikum. Auch das Timing und die hinter der Publikation stehende Motivation sollten wohlüberlegt sein. Die Veröffentlichung könnte in Phasen erfolgen: In einem ersten Schritt könnte die Information ausschließlich zum Zweck der Systemverbesserung an gesundheitspolitische EntscheidungsträgerInnen (*health policy makers*) und GesundheitsdienstleisterInnen berichtet werden. Die Informationen über GesundheitsdienstleisterInnen könnten aggregiert sein um deren Anonymität zu wahren. Vor einer Publikation von Informationen sollten sich politische EntscheidungsträgerInnen über den Zweck und die potentiellen Konsequenzen dieser im Klaren sein. Sie sollten darüber hinaus das Risiko einer Schmälerung des öffentlichen Vertrauens nicht unterschätzen. Sollte keine Nachfrage nach einer Veröffentlichung qualitätsrelevanter Informationen bestehen könnten Risiken

⁴ CMS and MedQIC, 2006. Medicare Quality Improvement Organization Program Priorities. At <http://www.medqic.org/dcs/ContentServer?cid=1097592510511&pagename=Medqic%2FMQLiterature%2FLiteratureTemplate&c=MQLiterature>. Letzte Aktualisierung: 2006.Zugriff:2007/7/19.)

⁵ IOM, 2006. *Medicare's Quality Improvement Organization Program: Maximizing Potential*. Institute of Medicine Bericht. 2006.)

wie Fehlinterpretationen oder Verwirrung eventuell den durch eine zunehmende Transparenz erzielten Nutzen überwiegen. Zu einem späteren Zeitpunkt, nachdem eine erste Qualitätsverbesserung erreicht wurde, könnten EntscheidungsträgerInnen sich überlegen bestimmte Informationen der Öffentlichkeit preiszugeben.

Kosten

Die Kosten der Initiierung einer neuen Maßnahme können hoch sein. Darüber hinaus könnte es passieren, dass die Maßnahmen sich während der anfänglichen Realisierung nicht als kostenwirksam erweisen. Zu Beginn werden nur Daten über Kosten vorhanden sein; die Sammlung von Outcome-Daten wird mehr Zeit erfordern. Die internationale Evidenz über die Kostenwirksamkeit von Qualitätsmaßnahmen ist noch recht spärlich. Wenn man sich die Umsetzung einer neuen Maßnahme überlegt ist es am Anfang wichtiger sich zu überlegen ob man sie weiterverfolgen möchte oder nicht und wann der geeignete Zeitpunkt für eine Einführung dieser wäre. Kostenbelange sollten zu Beginn zweitrangig sein, sie können jedoch bei der Entscheidung zwischen verschiedenen Maßnahmen eine entscheidende Rolle spielen.

MitarbeiterInnen müssen ausgebildet werden, bestehende Datensysteme müssen auf ihre Zweckmäßigkeit überprüft werden. Eventuell müssen auch neue Informationssysteme eingerichtet, installiert und getestet werden. Jeder dieser Schritte bedarf einer erheblichen Investition von Zeit und finanziellen Ressourcen. Die Opportunitätskosten, die mit einer Verschiebung von Aufgaben weg von bestehenden Aktivitäten zu Qualitätsaktivitäten einhergehen, sollten ebenfalls berücksichtigt werden.

Aufbau von Kapazitäten und weiterführende Forschung

Zukünftige Kapazitäten: Wissenschaftliche Bewertungen des gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfes an personellen Ressourcen, einschließlich eines effizienten Skill-Mixes, könnten unternommen werden um den österreichischen Gesundheitsbedarf für die kommenden Jahrzehnte hochzurechnen. Ein möglicher Aufbau neuer Personalressourcen könnten in die Wege geleitet werden; auch würde es sich lohnen die Rolle des existierenden Fachpersonals zu evaluieren um herauszufinden ob deren Fähigkeiten so effizient wie möglich eingesetzt werden. Darüber hinaus sollte das Potenzial für eine Substitution von Krankenanstaltenpflege durch Versorgung im niedergelassenen Bereich untersucht werden.

Forschung: In den Bereichen Gesundheitsleistungen (*health services*), Gesundheitspolitik (*health policy*) und Gesundheitsökonomie (*health economics*) könnte Forschung dafür verwendet werden um den derzeitigen Status des österreichischen Gesundheitssystems zu bewerten und um dadurch ein besseres Verständnis der Dynamik des österreichischen Gesundheitssystems zu bekommen. Ein besonderer Forschungsfonds (Institut) könnte aufgebaut werden der (das) von den Ländern, dem Bund und auch der Sozialversicherung finanziert wird und unabhängig operiert. Ein solches Institut könnte Aufträge an lokale Einrichtungen wie Universitäten und Forschungszentren vergeben um dadurch die oben angeführten Themenbereiche zu behandeln.

Gute Informationssysteme sind eine Voraussetzung für jede gut fundierte Analyse von Qualitätsaktivitäten. Dort wo es keine relevanten Daten gibt sollten neue Berichts- und Informationssysteme aufgebaut werden. Verfügbare Daten sollten vergleichbar, gültig und eindeutig sein; die Verknüpfung verschiedener Datenbestände sollte möglich sein.

Teil 2 – Prioritäre Strategieoptionen

A Übergreifende Qualitätsverbesserung des Gesundheitssystems

1. Eine Qualitätskultur, PatientInnenensicherheitskultur sowie offene Diskussionskultur könnte auf allen Ebenen des österreichischen Gesundheitssystems unterstützt werden. Um Qualität bei allen Stakeholdern im System, einschließlich ZahlerInnen, AnbieterInnen und PatientInnen zu fördern sollte die Koordination und Kooperation unter diesen verstärkt werden. Im Rahmen dieser Studie vorgenommene Interviews zu Krankenanstaltenleistungen haben aufgezeigt, dass die Antworten diverser Stakeholdergruppen zum Thema Qualität und PatientInnensicherheit zum Teil stark von jenen Antworten abweichen, die von KrankenanstaltenvertreterInnen im Zuge einer bei ausgewählten Krankenanstalten durchgeführten Befragung angegeben wurden.⁶ Es wird empfohlen weitere Untersuchungen vorzunehmen um die Unterschiede zwischen der persönlichen Wahrnehmung und der gelebten Wirklichkeit aufzuzeigen und um Bereiche zu identifizieren die prioritär einer Qualitätsverbesserung bedürfen.
2. Transparente nationale Leitlinien könnten entwickelt werden. Ein *Clearinghouse* für Leitlinien könnte eingerichtet werden. Bestehende Leitlinien können anhand internationaler Standards (z.B. AGREE Instrument) bewertet werden bevor man auf internationale Leitlinien zurückgreift oder neue österreichische Leitlinien entwickelt.⁷
3. Qualität sollte ein Thema von zentraler Bedeutung und Bestandteil der Gesundheitsziele sein, die von Stakeholdern im Gesundheitssystem definiert werden. Nationale strategische Rahmenbedingungen für Qualität könnten entwickelt werden; diese könnten als Orientierung für alle Systemstakeholder herangezogen werden.
4. PatientInnensicherheit könnte in die Organisationsstruktur von Gesundheitseinrichtungen integriert werden. Belange in Zusammenhang mit PatientInnensicherheit, einschließlich Risiko- und Fehlermanagement, werden zunehmend als Schlüsselemente umfassender Qualität erkannt.⁸
5. PatientInnen sollten aufgeklärt und informiert werden um dadurch ihre individuelle Verantwortung für den eigenen Gesundheitszustand zu stärken. Die Einbindung von PatientInnen in die Entscheidungsfindung sollte unterstützt werden. Die Rolle der PatientInnen sollte in Hinblick auf allgemeine, die Versorgungsqualität betreffende, Belange definiert werden; PatientInnenvertreterInnen sollten, soweit dies möglich ist, in den Entscheidungsfindungsprozess eingebunden sein.

B Optimierung des Einsatzes von Medikamenten⁹

1. Ein systematischer Ansatz zur Reduktion und Prävention von Medikamentenfehlern könnte eingeführt werden. Der Schwerpunkt könnte anfänglich auf Krankenanstalten gelegt werden.
2. Derzeitige Initiativen zur Verbesserung der Verschreibungsqualität könnten bewertet und evaluiert werden.
3. Anreizmechanismen zur Verbesserung des Verschreibungsverhaltens von ÄrztInnen könnten auch an eine Verbesserung der Qualität der Versorgung durch die Ärztin/den Arzt gekoppelt sein, besonders an Outcomes, angemessene Verschreibungsgewohnheiten und eine zunehmende Verordnung von Generika.

⁶ Siehe Abschnitt 5.5.3 im Kapitel 2 für Details

⁷ Für weitere Informationen zu medizinischen Leitlinien wird auf Abschnitt 5.2 des Kapitels 1 und 2 verwiesen

⁸ PatientInnensicherheit wird im Abschnitt 5.5 des Kapitels 1 und im gleichen Abschnitt des Kapitels 2 behandelt

⁹ Alle Empfehlungen in diesem Abschnitt wurden ursprünglich für einen früheren Bericht über den österreichischen Arzneimittelmarkt aufgestellt. Mossialos E, Zinzel G, Merkur S, Walley T, McGuire A. 2005. Public Policy and the Austrian Pharmaceutical Market: Options for Reform. London: LSE Health and Social Care.

4. Bestehende Informations- oder Unterstützungssysteme (*support systems*) für Medikamente und Verschreibungen könnten zusammengeführt oder vernetzt werden. Zusätzliche Aspekte zur Steigerung der Verschreibungsqualität bei Medikamenten sollten dabei ebenfalls berücksichtigt werden. Beispiele hierfür sind: eine ordnungsgemäße Befolgung (z.B. von Behandlungsanweisungen, Einnahmевorschriften von Medikamenten) durch PatientInnen (*adherence*), Pharmakovigilanz, elektronische Verschreibung, Wechselwirkungen von Medikamenten und *Drug Utilisation Review* (DUR). Zukünftige Entwicklungen sollen Schnittstellen zu bestehenden Datensätzen ermöglichen.

C Umfassendes Versorgungsmanagement für PatientInnen

1. Die Sozialversicherung soll ihre Rolle im Bereich Disease Management und Case Management (für PatientInnen die an chronischen Erkrankungen leiden und/oder multimorbid sind) definieren. Die Versicherungsträger könnten bei der Koordinierung der Versorgung mit verschiedenen LeistungserbringerInnen und sozialen Einrichtungen eine unterstützende Rolle einnehmen.
2. Für die Versorgung im niedergelassenen und im stationären Bereich könnten Verfahren zur Identifikation und Überwachung von HochrisikopatientInnen (z.B. multimorbiden PatientInnen) entwickelt werden. Dabei könnte es notwendig sein, ÄrztInnen Anreizmechanismen in Aussicht zu stellen um diese dadurch zur Teilnahme an der Entwicklung und der ersten Umsetzung solcher Prozesse zu motivieren.
3. Bestehende Initiativen für Disease Management und Case Management sollten hinsichtlich ihres Potentials für eine Qualitätsverbesserung untersucht und als Ausgangspunkt für eine Entwicklung von Best-Practice Modellen genutzt werden. Beispiele in diesem Zusammenhang könnten sein: das Disease Management Programm in der Steiermark, Case Management für Herzinfarkt (Myokardinfarkt, MI) in Niederösterreich oder das Kärntner Projekt über Schlaganfall Stationen/*Stroke units* (siehe Abschnitt 6.3 des Kapitels 2).
4. Um bei der Qualität der Behandlung einen minimalen Standard sicherzustellen, könnten für bestimmte ausgewählte Indikationen wie z.B. Herzinfarkt Leitlinien für die ersten bei einer Aufnahme ins Spital gesetzten Maßnahmen entwickelt werden.
5. Die Integration von Leistungen zur Krankenbehandlung, zur Rehabilitation und Sozialleistungen könnte vorangetrieben werden.
6. Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit erhöhen die Komplexität auf allen Versorgungsebenen für Gesundheits- und Sozialleistungen. Bei der Entwicklung und Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen sollen Leistungen für psychische Gesundheit bei jeder Phase des Prozesses berücksichtigt werden. Für PatientInnen mit Bedürfnissen im Bereich psychischer Gesundheit relevante Aspekte sollten Teil von Programmen zur Förderung der Behandlungskontinuität und zum Einsatz von Medikamenten sein, vor allem wenn es um Maßnahmen zur ordnungsgemäßen Einnahme letzterer geht.

D ÄrztInnenausbildung und Teilnahme an qualitätsverbessernden Maßnahmen

1. Das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement in allen Arztordinationen sollte erhöht werden. Qualitätsüberlegungen sollten auf allen Betrachtungsebenen angestellt werden, angefangen von individuellen Behandlungsprozessen bis hin zu Organisationsstrukturen.
2. Bestehende Initiativen zur Verbesserung der postgradualen Aus- und Weiterbildung von ÄrztInnen sollten bewertet und Best-Practice Modelle entwickelt werden. Diese könnten Instrumente wie Log-

Bücher, Ausbildungsprotokolle oder andere Instrumente zur Unterstützung der Dokumentation von im Laufe der Ausbildungszeit angeeignetem Wissen und Erfahrung umfassen.¹⁰

3. Das gegenwärtige System der regelmäßigen Fort- und Weiterbildung (*continuing medical education*, CME) sollte evaluiert werden um festzustellen ob das Ausmaß an Standardisierung ausreicht um ein minimales nationales Qualitätsniveau sicherzustellen. Im Zuge dieses Unterfangens könnten Verbesserungspotentiale ausfindig gemacht und entsprechende Systemreformen ausgearbeitet werden.¹¹
4. Die Fähigkeiten von ÄrztInnen könnten regelmäßig überprüft werden, was kontinuierliche medizinische Fort- und Weiterbildung fördert. Re-Zertifizierung könnte eingeführt und an die Vertragsverlängerung oder an finanzielle oder nicht finanzielle Anreize gebunden werden.¹² Im Rahmen der medizinischen Ausbildung sollte der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von ÄrztInnen besondere Aufmerksamkeit zukommen. Verbesserte Kommunikation kann sich auf die Vermeidung medizinischer Fehler, die PatientInnenzufriedenheit und die Einhaltung von Behandlungsplänen positiv auswirken.

E Daten

1. Datenverfügbarkeit: bestehende Datenbanken müssen evaluiert werden, einschließlich derer, die vom Gesundheitsministerium und der Sozialversicherung geführt werden; vorhandene Datenbanken müssen ergänzt und neue Informationssysteme entwickelt werden um die Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit der Daten und Dokumentation voranzutreiben.
2. Die e-card könnte dazu verwendet werden um Informationen über Medikamentenverordnungen, Überweisungsmuster und Inputs für Bevölkerungs-Outcomes zu sammeln.
3. Datenanalyse: Der gegenwärtige Entwurf des nationalen Qualitätsberichts sollte hinsichtlich seiner Wirksamkeit zur Identifikation von Qualitätslücken und der Fragestellung, ob er die geeigneten Indikatoren berücksichtigt, evaluiert werden.¹³
4. Gesundheitssystemanalyse: In Hinblick auf die Wirksamkeit des österreichischen Gesundheitssystems besteht ein Bedarf an mehr Evidenz darüber, dass Public Health Programme und Interventionen sich bewähren. Diese ist notwendig um die wirksamsten kurz- und langfristigen Maßnahmen zu identifizieren. Darüber hinaus müssen Hinweise gesammelt werden um festzustellen ob ein Programm dem jeweiligen epidemiologischen Setting, Gesundheitssystem und kulturellen Umfeld gerecht wird. Im Speziellen sollte das Mammographie-Screening Programm auf seine Wirksamkeit und Kosten-Wirksamkeit untersucht werden. Beruhend auf den Ergebnissen dieser Evaluierung und internationaler Evidenz sollte eine Ausweitung auf andere Krankheitsbilder in Erwägung gezogen werden.
5. Modell für Qualitätsindikatoren: Spezielle zu erhebende Indikatoren sowie die Methoden der Erhebung, Plausibilitätsprüfung, Berichterstattung, Analyse und nachfolgende/korrigierende Aktivitäten sollten definiert werden. Outcomeziele (z.B. für bestimmte Krankheiten) könnten an (finanzielle oder nicht-finanzielle) Anreize geknüpft sein.¹⁴
6. Eine operative Forschungseinheit (*operational research unit*) könnte eingerichtet werden um qualitätsrelevante Daten zu analysieren und sicherzustellen, dass geeignete Folgemaßnahmen eingeleitet werden.

¹⁰ Für nähere Informationen zur postgradualen Ausbildung von ÄrztInnen (Fortbildung) in Österreich siehe Abschnitt 6.1.4 des Kapitels 2

¹¹ Abschnitt 6.1 des Kapitels 1 und Abschnitt 6.1.4 des Kapitels 2 geben einen umfassenden Überblick über CME Prozesse

¹² Internationale Erfahrungen zur Re-Zertifizierung sind im Abschnitt 6.1 des Kapitels 2 zu finden

¹³ Nationale Qualitätsberichterstattung in Österreich wird im Abschnitt 5.1.1.1 des Kapitels 2 behandelt

¹⁴ Qualitätsberichterstattung wird im Abschnitt 5.1 der Kapitel 1 und 2 behandelt, Informationen zu Qualitätsindikatoren finden sich im Abschnitten 5.3 beider Kapitel

7. Maßnahmen zur PatientInnenzufriedenheit könnten in die Strategiekonzepte der LeistungserbringerInnen integriert werden und an Ziele gekoppelt sein.¹⁵ Die MitarbeiterInnenzufriedenheit könnte ebenfalls regelmäßig erhoben werden.
8. Informationssysteme könnten dahingehend verbessert werden, dass sie die Entscheidungsfindung von PatientInnen erleichtern wenn diese ärztliche und andere ErbringerInnen von Gesundheitsleistungen auswählen; dabei könnten zwei Ziele verfolgt werden, nämlich einerseits eine Steigerung der PatientInnenzufriedenheit und andererseits eine Vermeidung potentieller mit einem ÄrztInnenwechsel verbundener Probleme.

F Weitere Strategioptionen

1. In Österreich und international bestehende Qualitätssicherungsmodelle für Arztpraxen (einschließlich des Modells der ÖQMed) könnten einer Evaluierung unterzogen werden. Ein Best-Practice Modell für Österreich könnte entwickelt werden.¹⁶ Eine Evaluierung sollte Outcome-Indikatoren berücksichtigen. Eine externe Evaluierung wird empfohlen.
2. In Krankenanstalten eingesetzte Qualitätsmanagementmodelle könnten standardisiert werden.¹⁷
3. Im Zuge der Diskussion über die Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog der Sozialversicherung sollte angeregt werden, dass Entscheidungen auf Basis von evidenzbasiertem Wissen und HTA-Assessments getroffen werden. Vor einer Aufnahme sollte der zusätzliche Nutzen von einer unabhängigen Kommission bewertet werden um jenes Setting zu bestimmen, das für die Leistungserbringung am besten geeignet wäre.
4. Bereiche in denen es zu Wartezeiten kommt sollten identifiziert werden. Es könnten Kriterien entwickelt werden um Prioritäten für Wartelisten zu setzen. Beispiele dafür wären Punktbewertungen (*scoring systems*) oder Systeme zur Prioritätensetzung. ÄrztInnen könnten in den Prozess zur Entwicklung solcher Kriterien eingebunden werden. Die Möglichkeit der Unterbringung von PatientInnen in nicht ausgelasteten Einrichtungen sollte mittels einer Bewertung der Kapazitäten im gesamten österreichischen Gesundheitssystem untersucht werden.
5. Um regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu reduzieren könnte eine Harmonisierung der von sozialen Krankenversicherungsträgern eingesetzten Honorarkataloge gefördert werden. Derzeit ist es schwierig mit den bestehenden Informationen Vergleiche und Analysen über den Zugang zu Leistungen vorzunehmen da die Struktur der Honorarkataloge und deren Terminologie im gesamten österreichischen Sozialversicherungssystem divergieren. Sollte das System eine bessere Vergleichbarkeit ermöglichen, könnten Qualitätsunterschiede erfasst und Best-Practice Verfahren identifiziert werden.

¹⁵ Details zur PatientInnenzufriedenheit sind im Abschnitt 6.2 der Kapitel 1 und 2 zu finden

¹⁶ Im Abschnitt 1.4.3 des Kapitels 2 wird das Verfahren zur Qualitätsevaluierung von Arztpraxen beschrieben. Für eine detailliertere Erläuterung der Qualitätssicherung in Arztpraxen wird auf die nachfolgenden Abschnitte in LeistungserbringerInnen verwiesen sowie auf Abschnitt 1.4 des Kapitels 1

¹⁷ Im Abschnitt 4 des Kapitels 1 und 2 werden nationale und internationale Qualitätsmanagementmodelle behandelt

Teil 3 – Strategieoptionen zur Qualität der Versorgung in Österreich

I Empfehlungen für Aufklärung, Information, Aus- und Weiterbildung

Regulatorische Ebene

Von den in Österreich existierenden Leitlinien wurde der Großteil von medizinischen Fachgesellschaften oder Qualitätszirkeln entwickelt.¹⁸ Die meisten beruhen auf einem ExpertInnenkonsensus. Mangels einer Koordinierung auf nationaler Ebene und auch unter den in die Erstellung und Implementierung involvierten Fachleuten besteht jedoch keine Einheitlichkeit, Kontinuität oder Transparenz.

Das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen ermächtigt den/die Bundesminister/Bundesministerin zur Empfehlung von Bundesqualitätsleitlinien oder zum Erlass von Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnungen. Bislang hat die Ministerin noch nicht von dieser Befugnis Gebrauch gemacht.¹⁹

Empfehlungen

- Nationale Leitlinien könnten erstellt werden
- Das Bundesinstitut für Qualität könnte die Erstellung der Leitlinien koordinieren.²⁰
- Ein ExpertInnengremium könnte, um die Versorgungsqualität zu steigern, prioritäre Diagnosen oder Versorgungsbereiche für Leitlinien bestimmen. Für eine Reihung dieser Diagnosen oder Behandlungen im Rahmen einer Prioritätensetzung könnten folgende Eigenschaften herangezogen werden: große Anzahl, hohe Kosten, unsicherer Outcome, Morbiditätslevel, Mortalitätsrisiko.
- Das Gremium könnte auch einen transparenten Prozess zur Leitlinienentwicklung definieren. Es könnte sein, dass ein Top-Down Verfahren nicht funktioniert. In den Prozess sollten alle Stakeholder involviert werden. Die Einbindung von ÄrztInnen ist essentiell damit sich diese stärker mit den Leitlinien identifizieren und auch um die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung zu erhöhen.
- Sind die Leitlinien einmal entwickelt steht für deren Publikation eine Reihe an verschiedenen Zugängen offen. Eine web-basierte Veröffentlichung sowie ein „free document licensing“ könnten in Betracht gezogen werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Niederlande – Evidenzbasierte Leitlinien für AllgemeinmedizinerInnen
In den Niederlanden werden evidenzbasierte Leitlinien seit den 1980ern verwendet. Seit damals sind mehr als 100 medizinische Leitlinien entwickelt und von den ÄrztInnen gut angenommen worden. Der Entwicklungsprozess von Leitlinien gestaltet sich folgendermaßen:

- Auswahl eines relevanten Themas durch ein unabhängiges Beratungsgremium, welches rund 11 FachexpertInnen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin (*family physicians*) umfasst – diese definieren ein Thema und skizzieren die Ziele sowie einen Arbeitsplan für jede Leitlinie.
- Eine Arbeitsgruppe von 4-8 ÄrztInnen, mit wissenschaftlicher und praktischer Erfahrung, treffen sich 10-15 Mal pro Jahr – sie werden durch ein bezahltes Mitglied des *Dutch College of Family Practitioners* unterstützt, welches Treffen arrangiert und die relevante Literaturrecherche vornimmt.
- Eine zufällig ausgewählte Gruppe von ÄrztInnen und ExpertInnen wird befragt – sie formulieren, hinsichtlich Machbarkeit und Akzeptanz der Leitlinien Empfehlungen.
- Die Leitlinien werden entsprechend dieser Empfehlungen angepasst, die schriftliche Leitlinie wird in einer wissenschaftlichen Zeitschrift für HausärztInnen veröffentlicht.

Darüber hinaus wird auf eine Plastikkarte eine Zusammenfassung und/oder ein Ablaufdiagramm gedruckt; weitere Verbreitung findet durch Programme zur sozialen Bildung (*social education programmes*) und Arrangements für die örtlichen Gemeinden (*packages for local areas*) und zahlreiche andere Kommunikations- und Informationskanäle statt. Leitlinien werden alle 3-5 Jahre aktualisiert oder im Falle

¹⁸ Kraßnitzer, M. (2006). 'Leitlinien: Entscheidungshilfe für die Praxis.' Ärztemagazin 9

¹⁹ Für nähere Informationen zu Leitlinien in Österreich siehe Abschnitt 5.2 im Kapitel 2.

²⁰ Eine nähere Diskussion über Leitlinien findet sich im Abschnitt 5.2 des Kapitels 1

der Publikation neuer wissenschaftlicher Evidenz (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien, Niederlande 4.2.2²¹)

- Die Evaluierung der Befolgung von Leitlinien könnte durch das Qualitätsinstitut oder eine andere unabhängige Einrichtung vorgenommen werden. ZahlerInnen sollte ein Zugang zu den Daten gewährt werden damit sie dadurch die Möglichkeit erhalten ihre Erkenntnisse bei der Vertragsgestaltung (Verträge mit LeistungserbringerInnen) einzubringen. Diese Erkenntnisse könnten den LeistungserbringerInnen mitgeteilt werden und in die Verhandlung neuer Verträge einfließen.

INTERNATIONALES BEISPIEL, England, NHS – NICE Leitlinien

In England stellte man fest, dass Feedback an ÄrztInnen über das Ausmaß, mit dem sie Leitlinien befolgen, eine Option darstellt um die Einhaltung von NICE Leitlinien zu verbessern. Im Zuge einer bestimmten Studie meldeten Ärzte das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen ihren Überweisungen für eine Intervention und der NICE Leitlinie zu dem entsprechenden Thema. Dadurch wurden sowohl hinsichtlich der Angemessenheit als auch der Gesamtzahl der zukünftigen Überweisungen signifikante Verbesserungen erzielt.²² Darüberhinaus gibt es Evidenz dafür, dass einzelne Leitlinien eine nutzenbringende Wirkung gehabt haben. Zum Beispiel hat sich das Verschreibungsniveau im Sinne der Empfehlung verdoppelt nachdem Leitlinien für Verschreibungen in Zusammenhang mit Opiat Abhängigkeit eingeführt wurden. Es wurden weiters positive Veränderungen bei der Art der Verschreibungen beobachtet.²³ (siehe Kapitel 1 §5.2.3).

- Leitlinien sollten ein Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz sein, nicht zur Kostenkontrolle. Die Verwendung von Leitlinien sollte auf freiwilliger Basis stattfinden. Sollte sich der freiwillige Ansatz als erfolgreich erweisen, könnten in der Zukunft Anreizmechanismen daran gekoppelt sein um eine breitere Teilnahme anzuregen.
 - Immer dann wenn Anreizmechanismen involviert sind, könnte dies einen Interessenskonflikt implizieren. Bevor eine Strategie umgesetzt wird müssen die ethischen Belange in Zusammenhang mit der Verwendung von Anreizmechanismen bedacht werden. Für eine umfangreiche Diskussion von Anreizmechanismen wird auf den Projektbericht verwiesen, der sich mit Anreizmechanismen und Honorierungssystemen auseinandersetzt.²⁴
 - Es wird vorteilhaft sein LeistungserbringerInnen durch das Setzen positiver Anreize ins Boot zu bekommen.
 - Es könnte notwendig sein zusätzliche gesetzliche Bestimmungen zu erlassen um sicherzustellen, dass qualitätsrelevante Informationen nicht im Zuge von Rechtsstreitigkeiten verwendet werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – Das *Quality of Care Information Protection* Gesetz Ontarios (QCIPA)²⁵ von 2004 ist besonders für die Verbesserung der Qualität der lokalen Versorgung in Spitälern von Bedeutung. Eine Revision der Qualitätssicherungsaktivitäten ist für den sicheren Betrieb eines Krankenhauses sehr wichtig. Das QCIPA bietet in Zusammenhang mit der Veröffentlichung qualitätsrelevanter Informationen oder jeglicher von oder für eine bestimmte Qualitätskommission erstellte Information einen gesetzlich verpflichtenden Schutz²⁶ (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien, Kanada §2).

²¹ §=Abschnitt

²² Elwyn G, Owen D, Roberts L, et al. Influencing referral practice using feedback of adherence to NICE guidelines: a quality improvement report for dyspepsia. *Qual Saf Health Care* 2007;16:67-70.

²³ Strong J, Manning V, Mayet S, Does prescribing for opiate addiction change after national guidelines? Methadone and buprenorphine prescribing to opiate addicts by general practitioners and hospital doctors in England 1995-2005. *Addiction* 2007;102:761-770.

²⁴ LSE Incentives Bericht von Mossialos, E., Merkur, S. und Ladurner, J. (2006) über Anreizmechanismen, Honorierungssysteme

²⁵ Gesetz zum Schutz von qualitätsrelevanten Informationen

²⁶ Ontario Hospital Association (2004) *Quality of Care Information Protection Act: Toolkit*. Zugriff:

[http://www.oha.com/client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/QCIPAToolkit/\\$file/QCIPAToolkit.pdf](http://www.oha.com/client/OHA/OHA_LP4W_LND_WebStation.nsf/resources/QCIPAToolkit/$file/QCIPAToolkit.pdf) (Zugriff am 27. Juni 2007).

- o Einfache, evidenzbasierte und spezifische Leitlinien neigen eher dazu eine höhere Akzeptanz zu erfahren. Sie sollten nicht zu stark vom allgemeinen ärztlichen Verständnis abweichen und sowohl wissenschaftliche als auch praxisnahe Aspekte der Versorgung berücksichtigen.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Dänemark – Behandlungsleitlinien für Diabetes

Evidenzbasierte Leitlinien werden durch die medizinischen Gesellschaften und in jüngster Vergangenheit auch durch die Krankenpflegegesellschaften (*nursing societies*) erstellt. Die wissenschaftlichen medizinischen Gesellschaften stellen die medizinischen Leitlinien sowohl in schriftlicher Ausfertigung als auch in elektronischem Format zur Verfügung. Die dänische Gesellschaft für Endokrinologie (*Danish Endocrine Society*) erstellt medizinische Leitlinien für die Behandlung von Diabetes im Allgemeinen während die dänische Akademie der AllgemeinmedizinerInnen (*Danish College of General Practitioners*) medizinische Leitlinien für die Behandlung von Diabetes durch AllgemeinmedizinerInnen erstellt.

Der nationale Gesundheitsausschuss verfügt über ein Sekretariat für Referenzprogramme. Das Sekretariat zielt darauf ab die medizinischen Gesellschaften und andere zur Entwicklung von Referenzprogrammen anzuregen und sie zu unterstützen. Referenzprogramme werden als systematische Beschreibungen jener Elemente definiert, die Teil der Untersuchung, Behandlung, Versorgung, Rehabilitation und Prävention einer Krankheit oder eines Komplexes von Symptomen sein sollten und sich auf dokumentiertes Wissen stützen. Diese umfassen nicht nur organisatorische und finanzielle Überlegungen sondern auch Daten, welche zur Überwachung von Qualität verwendet werden (siehe Kapitel 1, §5.2.1 Dänemark).

INTERNATIONALES BEISPIEL: England – National Service Frameworks

Die National Service Frameworks, NFS (Nationale Leistungsrahmenvereinbarungen) bilden langfristige Strategien und nationale Standards für spezifische Krankheitszustände ab. Sie beinhalten Strategien um deren Umsetzung zu unterstützen sowie eindeutige Zeitvorgaben. Durch sie soll eine Kontinuität und Qualität der Versorgung auf eine Art sichergestellt werden, die umfassender ist als medizinische Leitlinien. Etwa einmal im Jahr wird eine NSF für ein neues Krankheitsbild herausgegeben. Sie werden von einer externen Referenzgruppe entwickelt, die sich aus ÄrztInnen, PatientInnen, Krankenpflegepersonal, JuristInnen (*advocates managers*) und Behörden (*agencies*) zusammensetzt. Derzeit existieren NSF für koronare Herzerkrankungen, Krebs, pädiatrische Intensivversorgung, psychische Gesundheit, ältere Menschen, Diabetes, Langzeiterkrankungen, Nierenerkrankungen, Kindergesundheit, Sozialleistungen und COPD (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien, England §4.2.2).

- o Die Erstellung unterschiedlicher Arten von Leitlinien je AdressatInnengruppe (für EntscheidungsträgerInnen, für im Gesundheitswesen Beschäftigte und für PatientInnen) hat sich als vorteilhaft erwiesen.
- o Leitliniendokumente sollten eine maximale Länge (Seitenanzahl) nicht überschreiten. Der Detailgrad und die verwendete Sprache können je nach Zielgruppe variieren.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Schweden – National Board of Health and Welfare²⁷

Das NBHW ist von der Regierung beauftragt evidenzbasierte Leitlinien zur Versorgung und Behandlung von Personen mit chronischen Krankheiten zu erstellen. Das Gesamtziel ist es zu einem effizienten Einsatz von Gesundheitsressourcen beizutragen, deren Verteilung den Bedürfnissen entsprechend erfolgt und der mittels offener und transparenter Entscheidungen über Prioritäten geregelt wird. Leitlinien enthalten Empfehlungen für eine Prioritätensetzung und stellen für LeistungserbringerInnen eine Hilfestellung bei der Aufsetzung von Gesundheitsprogrammen dar. Üblicherweise werden drei Versionen von Leitlinien veröffentlicht: eine für EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen, eine für Beschäftigte im Gesundheitswesen und eine für PatientInnen sowie deren Angehörige.²⁸ (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien, Schweden §4.2.2).

- Transparenz: Eine Leitlinienclearingstelle könnte eingerichtet werden.

²⁷ Nationaler Ausschuss für Gesundheit und Wohlfahrt

²⁸ Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.

- Bestehende Leitlinien könnten anhand internationaler Standards (z.B. dem AGREE Instrument) bewertet werden bevor man auf internationale Leitlinien zurückgreift oder österreichische Leitlinien entwickelt.
- Leitlinien sollten für Leistungserbringer leicht zugänglich sein und, sofern möglich, mit deren Informationssystemen verknüpft sein.
- Die zur Entwicklung von Leitlinien eingesetzten Verfahren könnten durch Internettools unterstützt werden um einen einfachen Zugang zu unterstützen und eine Interaktion der Mitglieder des Leitlinienentwicklungskomitees zu fördern. Systeme, die entwickelt worden sind um Vorschläge und Anmerkungen anzuregen, sollten darüber hinaus einen effizienten Prozess zur Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien unterstützen.
- Potentielle Einschränkungen von Leitlinien: Die bedeutendste Schwachstelle von Leitlinien besteht darin, dass eine Empfehlung für einzelne PatientInnen ungeeignet sein kann. Dieser Umstand kann auf eine lückenhafte oder inkorrekte Interpretation wissenschaftlicher Evidenz zurückzuführen sein, auf den Einfluss den die Ansichten und klinischen Erfahrungen der LeitlinienerstellerInnen ausüben oder auf die Berücksichtigung anderer, über die Bedürfnisse der PatientInnen hinausgehende, Prioritäten.²⁹
- Weitere, bei der Umsetzung von Leitlinien auftretende, Herausforderungen können die folgenden sein: i) die Beharrungskraft gewohnter Praxis, die dazu führt, dass Leitlinien nicht implementiert werden, ii) Anwendungsbarrieren, die für ÄrztInnen unmöglich zu überwinden sein können wie z.B. Zeitmangel, Mangel an Honorierung für die Befolgung von Leitlinien, oder Mangel an Personal³⁰ und iii) Informationsüberlastung, die durch eine Verbreitung zu vieler Leitlinien verursacht wurde und ÄrztInnen davon abhalten könnte diese zu verwenden
- Abweichungen von Leitlinien sollten für einzelne PatientInnen auf Basis von medizinisch gerechtfertigten und objektiven Gründen zulässig sein.
 - Die Einführung neuer Leitlinien sollte geplant werden und schrittweise erfolgen um einer Überforderung von LeistungserbringerInnen (übergroßes Ausmaß an Informationen binnen einer kurzen Zeitspanne) vorzubeugen.

LeistungserbringerInnenebene

Gegenwärtig ist es in Österreich schwierig die Qualität von ÄrztInnen und die Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen zu beurteilen. Die Qualität ist sehr heterogen. Gemäß ExpertInnenmeinungen bestehen in den österreichischen Arztpraxen hinsichtlich der Anwendung von Qualitätsmanagementsystemen und der Erfahrung mit dem Thema „Qualität“ große Unterschiede. Einige ÄrztInnen sind sehr aktiv und zeigen ein großes Interesse an Qualitätsverbesserungen; andere sind an Qualitätsbelangen weniger interessiert und messen diesen keine persönliche Bedeutung bei.³¹

ÄrztInnen sind wenn es um Qualitätsmanagement geht häufig skeptisch und manchmal ängstlich da sie befürchten, dass es als Kontrollinstrument eingesetzt wird und mit Sanktionen verbunden ist. Weil zahlreiche ÄrztInnen über keine Informationen zu Qualitätsmanagementaktivitäten verfügen nimmt die Unsicherheit zu. Einige ÄrztInnen halten Maßnahmen zur Qualitätssteigerung/-sicherung für überflüssig weil sie die Qualität ihrer Ordination nicht in Frage stellen.

Meinungen der im Rahmen des Projektes interviewten Stakeholder über den derzeit in Österreich praktizierten Selbstbewertungsprozess, der zur Qualitätssicherung von Arztpraxen eingesetzt wird, gehen stark auseinander (siehe Abschnitt 1.4.3 im Kapitel 2 für nähere Informationen).

²⁹ Woolf SH, Grol R, Hutchison A, Eccles M, Grimshaw J (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines, *BMJ*, 318: 527-30.

³⁰ Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. (1999) Why don't physicians follow practice guidelines? A framework for improvement, *JAMA*, 282: 1458-65.

³¹ Siehe Abschnitt 1.4.3 und Abschnitt 4 des Kapitels 2 für nähere Information

Empfehlungen

- Durch strukturierte und gezielte Information von LeistungserbringerInnen sollte das Bewusstsein für und die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement für alle Arztpraxen gesteigert werden. Maßnahmen sollten sowohl organisationsbezogene als auch medizinische Qualität umfassen.
- Es wird empfohlen einen positiven Zugang zu wählen bei dem über positive Qualitätsaktivitäten berichtet und geeignete Anreizmechanismen gesetzt werden anstatt die Angst vor Kontrolle und Sanktionen zu vergrößern. Wenn man damit beginnt über die Fehler von LeistungserbringerInnen zu berichten wird dies Widerstände hervorrufen. Es wäre besser zuerst eine positive Stimmung für eine Berichterstattung zu schaffen und dann, zu einem späteren Zeitpunkt, auch Probleme ins Visier zu nehmen.
- Speziell für Arztpraxen gedachte Qualitätsmanagementinstrumente könnten entwickelt werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Schweden – Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich (*Primary Care Quality Management*)

Qualitätsbemühungen im ambulanten Bereich (Primärversorgung) finden auf der Bezirksebene statt. Der Stockholmer Bezirksrat hat beispielsweise ein umfassendes Monitoringsystem (*follow-up model*) für den Gesundheitsbereich entwickelt. Als Ausgangspunkt für das Modell fungiert die Frage, wie die im schwedischen Gesetz über Gesundheitsleistungen und medizinische Leistungen (*Swedish Health and Medical Service Act*) vorgegebenen Gesamtziele für Gesundheit (z.B. gute Gesundheit und Versorgung zu gleichen Bedingungen) realisiert werden können. Für eine gesamthafte Darstellung des Gesundheitssystems wurden Indikatoren ausgewählt. Diese 20 Indikatoren werden jährlich auf Bezirksebene erhoben und der Stockholmer Bevölkerung präsentiert. Ergebnisse werden bei der Ressourcenallokation und der Steuerung von Gesundheitsleistungen berücksichtigt. Das Monitoringsystem wird durch eine Definition zusätzlicher Indikatoren weiterentwickelt sowie durch ein formales Verfahren für die Interpretation der Ergebnisse ergänzt (siehe Kapitel 1 Anhang Länderfallstudien, Schweden, §4.1).

- Es sollte bedacht werden, dass die Einbeziehung von ÄrztInnen in Qualitätsverbesserungsinitiativen in Österreich sich als kompliziertes Unterfangen erweisen kann. ÄrztInnenvertreterInnen sind davon überzeugt, dass Qualitätsverbesserungen ihrer exklusiven Verantwortung obliegen und, dass sich diesbezüglich keine anderen Personen oder Gruppen einmischen sollten. Qualitätsinitiativen, die von anderen Stakeholdern initiiert werden, können Akzeptanzprobleme bei der ÄrztInnenschaft hervorrufen. Die Einbeziehung von aus den eigenen Reihen hervorgehenden medizinischen VertreterInnen in Prozesse, die von anderen Stakeholdern geleitet werden, könnte ebenfalls auf Akzeptanzprobleme treffen.
- Berufsverbände könnten bei der Förderung von Qualität eine wichtige Rolle einnehmen indem sie Preise vergeben um das Ansehen ihrer Mitglieder zu steigern. Auszeichnungen/Preise könnten auch von unabhängigen Einrichtungen verliehen werden um mögliche Kritik oder Beeinflussung zu vermeiden. Eine weitere Option für Auszeichnungen für Qualität wäre die Initiierung einer Kooperation zwischen ZahlerInnen und LeistungserbringerInnen. Im Zug derer könnte man sich auf eine bestimmte Geldsumme einigen, die diesem Zweck gewidmet würde, sowie auch die Regeln des Verfahrens zur Verleihung der Auszeichnungen definieren. Preise könnten sowohl effiziente Managementpraktiken als auch klinische Outcomes berücksichtigen. Es sollten eher Beispiele für „good practice“ identifiziert und belohnt als schlechte aufgezeigt werden. Die Anzahl der innerhalb eines bestimmten Zeitraumes vergebenen Preise sollte begrenzt sein.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Niederlande – Visitatie System

Das Visitatie System ist ein von ÄrztInnen geleitetes und beaufsichtigtes *Peer Review System* zur Bewertung der Qualität verschiedener FachärztInnengruppen im Krankenhaus. In den Niederlanden arbeiten FachärztInnen zumeist auf selbständiger Basis, sind jedoch in sogenannten FachärztInnengruppen organisiert. Ordinationen werden alle 3-5 Jahre überprüft; dieser Kontrolle entspringt für jede Ordination ein vertraulicher Bericht der abschließende Verbesserungsempfehlungen enthält. Üblicherweise endet der Prozess hier; sollten die Empfehlungen nicht umgesetzt werden mündet dies nicht in Sanktionen. Fachärztegesellschaften erwarten jedoch von ihren Mitgliedern, dass sie bei der Befolgung der

Empfehlungen ein gewisses Bemühen zeigen. Die Gesellschaften der GynäkologInnen, ChirurgInnen und PädiaterInnen sind beispielsweise einen Schritt weitergegangen und haben eine Interventionsstrategie entwickelt um die Umsetzung zu verbessern. Dabei soll ein/eine Berater/Beraterin bei dem Implementierungsprozess und der Interpretation der Empfehlungen (nach dem Visitation) unterstützend zur Seite stehen³² (siehe Kapitel 1, §5.6.1).

INTERNATIONALES BEISPIEL: Niederlande – Qualitätszirkel

1979 entstanden in den Niederlanden lokale Gemeinschaften oder “Qualitätszirkel”. Sie bestehen aus rund 8-12 Personen verschiedener Fachrichtungen (multidisziplinärer Hintergrund), die sich regelmäßig treffen um medizinische Leitlinien und Performance zu diskutieren, einen lokalen Konsensus und Best Practice Verfahren zu erarbeiten und Pläne für Veränderungen zu entwickeln. Die Wirksamkeit solcher lokalen Gemeinschaften und Gesprächsrunden ist wiederholt belegt worden.³³ Andere Formen lokaler Zusammenarbeit sind pharmakotherapeutische Treffen (*farmacotherapeutisch overleg*), bei denen sich ApothekerInnen und AllgemeinmedizinerInnen regelmäßig treffen um arzneimittelbezogene Belange und neue Produkte zu diskutieren (siehe Kapitel 1, §5.6.2).

INTERNATIONALES BEISPIEL: Deutschland – Deutsche Bundesärztekammer

Die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung und die Förderung von Qualitätssicherung stellt eine der Aufgaben der deutschen Bundesärztekammer (BÄK) dar. Die BÄK definiert die Inhalte, den Umfang und die Ziele postgradualer Ausbildung, reguliert die Zuteilung der FachärztInnenstellen und fördert weiterführende medizinische Ausbildung auf nationaler Ebene. Die BÄK und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV) sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) stellen die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich sicher. Zuletzt erfolgte durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 eine Änderung, durch die alle VertragsärztInnen und Vertragskrankenanstalten der Krankenkassen verpflichtet wurden ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und ihre Leistung zu verbessern (§§135, 136, 136a und 136b SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt die Leitung und die Indikatoren dieser internen Qualitätsmanagementsysteme (siehe Kapitel 1, §1.4 Deutschland).

INTERNATIONALES BEISPIEL: England – *Royal College of Physicians*

Das *Royal College of Physicians* verleiht den *Quality Practice Award*³⁴ (QPA). Diese Auszeichnung soll den hohen Standard der PatientInnenversorgung belegen, der von allen Mitgliedern einer Praxis erbracht wird, von den ÄrztInnen angefangen bis hin zu den RezeptionistInnen (siehe Kapitel 1, §1.4 England).

Vor einigen Jahren wurde in Österreich das universitäre medizinische Curriculum einer Revision unterzogen. PatientInnensicherheit und Qualitätsmanagement sind Themen von hoher Relevanz für ÄrztInnen und MedizinstudentInnen. In dem neuen Curriculum werden PatientInnensicherheit und Kommunikation explizit in Vorträgen behandelt (PatientInnensicherheit: ein paar Stunden, in denen medizinische Fehler und rechtliche Aspekte der Medizin erläutert werden, sowie Kommunikation: mit PatientInnen, praktische Erfahrung in Krankenanstalten). Kommunikationsfähigkeiten wurden früher vorausgesetzt, ihnen wurde keine Bedeutung beigemessen. Sie waren nicht Teil der ärztlichen Ausbildung. Viele Beschwerden von PatientInnen beziehen sich jedoch auf Aspekte der Kommunikation. Medizinische Fehler sind häufig auch in der schlechten Kommunikation unter dem Gesundheitspersonal begründet. Qualitätsverbesserung oder –management sind derzeit nicht Teil des österreichischen Medizincurriculums.

³² Lombarts MJMH, Klazinga NS. Supporting Dutch medical specialists with the implementation of visitation recommendations: a descriptive evaluation of a 2-year project. *International Journal for Quality in Health Care* 2003;15(2):119-219.

³³ Beyer M, Gerlach FM, Flies U, et al. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Family Practice* 2003;20:443–451.

³⁴ Qualitätspreis für Arztpraxen

Empfehlungen

- Die Ausbildung aller im Gesundheitswesen Beschäftigten sollte Aspekte wie Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement behandeln.
 - Module über PatientInnensicherheit und Versorgungsqualität könnten formal in die Ausbildung des Gesundheitspersonals integriert werden.
 - Die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten des Gesundheitspersonals könnte bei der ärztlichen Ausbildung betont werden. Dabei ist es wesentlich sich sowohl mit Belangen der Koordination zur Vermeidung medizinischer Fehler als auch mit Belangen der Kommunikation mit PatientInnen auseinanderzusetzen um die Zufriedenheit zu steigern und die Befolgung von Behandlungsplänen zu fördern.
 - Die grundlegende Ausbildung von unterstützendem Personal (ärztlichen AssistentInnen, Ordinationsgehilfinnen) könnte harmonisiert werden um einen bestimmten minimalen Arbeitsstandard sicherzustellen und ÄrztInnen einen transparenteren und objektiven Auswahl-/Anstellungsprozess zu ermöglichen.

In Österreich gibt es derzeit für MedizinerInnen, die sich an Krankenanstalten um einen Turnusplatz bewerben, kein einheitliches Bewerbungs- und Auswahlverfahren. Das Prozedere ist je nach Region, Krankenanstaltenträger und Krankenanstalt unterschiedlich. Auch die im Krankenhaus erhaltene Ausbildung ist nicht standardisiert. In einigen Krankenanstalten wird TurnusärztInnen ein beachtliches Maß an Verantwortung übertragen. Andere TurnusärztInnen sind hingegen mit Routinetätigkeiten wie mit dem Abnehmen von Blut oder medizinischer Dokumentation beschäftigt. Parallel dazu wird von unerfahrenen ÄrztInnen erwartet dass sie während Diensten ein unverhältnismäßiges Maß an Verantwortung übernehmen, dem sie sich vielleicht nicht gewachsen fühlen. Während ihrer Ausbildung durchlaufen ÄrztInnen eine bestimmten Rotation. Einige Fächer sind Pflichtfächer. Da Ausbildungsplätze aber rar sind kann es vorkommen, dass TurnusärztInnen eine bestimmte Zeit ihrer Ausbildung in sogenannten Stehfächern verbringen, in Fächern bzw. Abteilungen die nicht für ihre Ausbildung relevant sind. Dieser Mangel an Ausbildungsplätzen führt zu einer nicht notwendigen Verlängerung der Ausbildungszeit. Ein weiterer Kritikpunkt in Hinblick auf die bestehende medizinische Ausbildung ist der Mangel an Anreizen für TurnusärzteInnen einen Teil ihrer Ausbildung in Lehrpraxen zu absolvieren.³⁵

Empfehlungen

- Die Einführung einheitlicher Bewerbungsstandards für postgraduale Ausbildungsstellen in Krankenanstalten könnte angeregt werden.
- Bestehende Initiativen zur Verbesserung der Ausbildung von ÄrztInnen könnten bewertet und Best Practice Modelle entwickelt werden. Beispiele dafür wären Logbücher, Ausbildungsprotokolle und andere Unterstützungstools zur Dokumentation von im Zuge der Ausbildung angeeignetem Wissen und praktischer Erfahrung. TurnusärztInnen sollten MentorInnen (definierte Kontaktpersonen, beispielsweise KollegInnen mit mehr Erfahrung) zugeteilt werden die ihnen zwecks Supervision und bei Fragen zu ihrer Ausbildung zur Verfügung stehen.
- Die Umsetzung von Maßnahmen sollte sorgfältig geplant und überwacht werden.
- Während ihrer Rotation sollten TurnusärztInnen bestimmte Zeiten in für ihre Ausbildung relevanten Abteilungen verbringen. Wartezeiten auf beliebte Ausbildungsstellen sollten, wenn möglich, durch die Schaffung zusätzlicher Stellen minimiert werden.

Berufliche Fortbildung von ÄrztInnen wird in Österreich in dem Berufsgesetz, dem Ärztegesetz (§49), geregelt. ÄrztInnen sind zwar verpflichtet sich fortzubilden, es gibt jedoch, außer für die Notfallmedizin und die Arbeitsmedizin, keine spezifischen Regelungen über die Anzahl der erforderlichen Fortbildungsstunden oder die Art der benötigten Kurse.³⁶ Im Zuge der Evaluierung von ÄrztInnen durch die ÖQMed (siehe Abschnitt 1.4.3 im Kapitel 2) wird lediglich abgefragt ob das Verhalten der ÄrztInnen den gesetzlichen Bestimmungen entspricht (§49 Ärztegesetz). Die Überprüfung der Qualität der niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt mittels einer Selbstevaluierung. Fünf Prozent aller Arztpraxen werden im Rahmen von Stichproben –

³⁵ Die postgraduale Ausbildung von ÄrztInnen in Österreich wird im Abschnitt 6.1.3 des Kapitels 2 behandelt

³⁶ CME in Österreich wird im Abschnitt 6.1.4 des Kapitels 2 behandelt

nach Vorankündigung - persönlich aufgesucht. Manchmal jedoch wird der Mangel an Fortbildung leider erst evident wenn es zu einem ungünstigen Vorfall kommt.

Das Diplomfortbildungsprogramm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer bietet österreichischen ÄrztInnen seit 1995 die Möglichkeit ihrer gesetzlichen Verpflichtung (zur Fortbildung) in strukturierter Form nachzukommen. Die Richtlinie zur kontinuierlichen Fortbildung von ÄrztInnen definiert die allgemeinen Bedingungen, Ziele und die Methodik des Programms. Die Teilnahme ist nicht verpflichtend. Im Rahmen des DFP müssen innerhalb von 3 Jahren 150 Punkte gesammelt werden.

Die Zuständigkeit für die Umsetzung des DFP liegt bei der österreichischen Akademie der Ärzte. Fortbildungsveranstaltungen werden von der Akademie der Ärzte, von wissenschaftlichen Gesellschaften (Fachgesellschaften), Landesärztekammern, akkreditierten OrganisatorInnen und anderen im Bereich der beruflichen Weiterentwicklung tätigen PartnerInnen angeboten. Bislang bieten mehr als 1,800 PartnerInnen akkreditierte Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an. Seit 2001 ist eine Teilnahme am DFP auch online, via Internet, möglich. Beinahe 4.000 NutzerInnen haben sich registriert, etwa die Hälfte davon sind AllgemeinmedizinerInnen.³⁷

Empfehlungen

- Das gegenwärtige System der ärztlichen Fort- und Weiterbildung könnte evaluiert werden um festzustellen ob das Ausmaß an Standardisierung ausreicht um ein nationales minimales Qualitätsniveau sicherzustellen. Im Zuge dieses Unterfangens könnten Verbesserungspotentiale ausfindig gemacht und entsprechende Systemreformen ausgearbeitet werden.
- Fortbildungsstandards könnten definiert werden: das Verfahren, die Kosten und die Erfordernisse für jede Berufsgruppe (im Gesundheitsbereich).
- Die Finanzierung von Fortbildungsaktivitäten könnte unter den verschiedenen Stakeholdern aufgeteilt werden um Unabhängigkeit zu fördern und potentiell einseitige Einflüsse auf das Curriculum zu minimieren.
- Transparenz der Finanzierung von Fortbildungsaktivitäten könnte geschaffen werden um zu vermeiden, dass spezifische Interessensgruppen ÄrztInnen auf eine nicht angemessene Art beeinflussen. Beispielsweise könnten von pharmazeutischen Firmen zur Verfügung gestellte Finanzmittel in einem allgemeinen Fortbildungsfonds zusammengelegt werden um einzelne ÄrztInnen vor einem Interessenskonflikt zu schützen. SponsorInnen sollte zwar für ihre Unterstützung Anerkennung zukommen, sie sollten jedoch einen gewissen Abstand wahren um jeglichen Anschein von einseitiger Beeinflussung zu minimieren.
- Eine verpflichtende Einführung des Diplomfortbildungsprogramms könnte in Erwägung gezogen werden, nachdem dies einer Qualitätskontrolle unterzogen wurde. Die Quantifizierung verpflichtender Fortbildungserfordernisse wäre ebenfalls vorstellbar. Dabei könnte man die NotfallmedizinerInnen als Beispiel heranziehen.
- Fortbildung könnte, um deren Unabhängigkeit sicherzustellen, von unterschiedlichen Gruppen umgesetzt und überwacht werden. LeistungserbringerInnen könnten weiterhin für die Umsetzung zuständig sein. Die Überwachung der Einhaltung von Fortbildungsverpflichtungen könnte einer unabhängigen Einrichtung übertragen werden.
- Das Monitoring und die Evaluierung der Fortbildungsaktivitäten könnten in schriftlicher Form erfolgen, z.B. durch Formulare und eine Selbstbewertung. Sollte ein solcher Zugang gewählt werden wird es jedoch notwendig sein eine zusätzliche unabhängige Untersuchung durchzuführen um sicherzustellen, dass die Befragten verlässliche Angaben machen.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Niederlande – Fortbildungsverpflichtungen

Nach Erlangung eines medizinischen Abschlusses erhalten ÄrztInnen eine Registrierung bzw. eine Bestätigung ihrer Aufnahme in das ÄrztInnenregister. Alle fünf Jahre findet, sofern ÄrztInnen die Qualitätserfordernisse erfüllt haben, eine Erneuerung der Registrierung statt. Seit 1996 müssen alle AllgemeinmedizinerInnen 40 akkreditierte Fortbildungsstunden vorweisen. Diese entsprechen in etwa den

³⁷ Universimed. Ärztliche Fortbildung – en vogue. Interview mit Dr. W. Routil, Veröffentlicht 7.02.06, Zugriff unter <http://www.universimed.com/frame.php?frame=http%3A//www.universimed.com/stage/networkcenter.php>

150 Punkten des österreichischen Fortbildungsprogramms. Die Situation für FachärztInnen ist etwas anders da diese auch quantitative Anforderungen für die neuerliche Registrierung erfüllen müssen. Der kürzlich erfolgte Einschluss von Qualitätserfordernissen für die neuerliche Registrierung hat zu einer Verbesserung der Qualität der Versorgung geführt (siehe Kapitel 1, §6.1 Niederlande).

INTERNATIONALES BEISPIEL: Deutschland – Fortbildungserfordernisse

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG) besagt, dass alle VertragsärztInnen der Sozialversicherung im niedergelassenen Bereich und alle FachärztInnen, welche PatientInnen der Sozialversicherung in Krankenanstalten behandeln, Fortbildungserfordernisse erfüllen müssen. Dies trifft (unter Berufung auf § 95 und § 136 SGB V/ Deutsches Sozialgesetzbuch) nicht auf WahlärztInnen zu. Für die VertragsärztInnen der Sozialversicherung, die im ambulanten Bereich tätig sind, existieren keine detaillierten Bestimmungen darüber, welche Themen im Rahmen der Fortbildung abgedeckt werden müssen. In Krankenanstalten tätige FachärztInnen müssen hingegen nachweisen, dass 70% ihrer beruflichen Ausbildung zu Themen war die ihrem Fachbereich zuzuordnen sind.

Sollte der/die Arzt/Ärztin den Erfordernissen nicht nachkommen kann die Kassenärztliche Vereinigung das an den/die Arzt/Ärztin zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit nach einem Jahr um 10% reduzieren und nach 2 Jahren um 25%. Wenn das Fortbildungszertifikat nicht binnen zwei Jahren nach Fälligkeit nachgewiesen werden kann, ist es möglich dem/der jeweiligen Arzt/Ärztin die Zulassung (als VertragsärztIn) zu entziehen. In allen außer einer Region (Bad Württemberg) wurde ein computergestütztes Registrierungssystem für Fortbildung eingeführt. Ende Juni 2009 wird das Fortbildungssystem das erste Mal einer Evaluierung unterzogen. In Deutschland erwartet man, dass die Teilnahme an CME Aktivitäten in Qualitätsmanagementsysteme eingebettet wird und dadurch eine umfassendere berufliche Weiterentwicklung fördert (siehe Kapitel 1, §6.1).

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – Fortbildungserfordernisse

In Kanada stellt Fortbildung eine Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Berufsbewilligung dar. Das *College of Family Physicians* in Kanada betreibt das MainPro® System (*Maintenance of Proficiency CME/CPD system*). Sämtliche Mitglieder des Colleges, die einer Vollzeit oder Teilzeit Beschäftigung nachgehen, müssen teilnehmen und alle fünf Jahre 250 CME Punkte vorweisen. Diese können auf verschiedene Arten erworben werden, z.B. durch Lehre, Teilnahme an Kongressen, eigener Forschung, Erstellung von Publikationen, Lesen von Journals, Zugriff auf Datenbanken, Teilnahme an Visiten, Vornahme einer Selbstevaluierung sowie Teilnahme an Fortbildungsprogrammen (siehe Kapitel 1 §6.1 Kanada).

In Österreich ist derzeit keine neuerliche Zertifizierung (Re-Zertifizierung) in Form einer Prüfung erforderlich um den/die Arzt/Ärztin dazu zu befähigen seine/ihre Berufszulassung zu behalten.³⁸

Empfehlungen

- Die ärztliche Kompetenz sollte regelmäßig überprüft werden. Dadurch würde medizinische Fortbildung angeregt werden. Auflagen zur Bestätigung der beruflichen Kompetenz (Re-Zertifizierung) könnten an die Verlängerung des Vertrages, finanzielle Anreizmechanismen und/oder nicht finanzielle Anreize geknüpft sein.
- Die Möglichkeit einer Unterbrechung oder Kündigung des ärztlichen Vertrages mit der Sozialversicherung sollte, im Falle einer Nichterfüllung minimaler Qualitätsstandards oder aufgrund von Fehlverhalten, zur Diskussion gestellt werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Niederlande – CME und Re-Zertifizierung

Seit 2005 sind ÄrztInnen dazu verpflichtet sich fortzubilden. Alle fünf Jahre erhalten sie einen Besuch von KollegInnen (*peers*). Um im ÄrztInnenregister zu verbleiben müssen ÄrztInnen sich einer Re-Zertifizierung unterziehen. Im Zuge des Besuches der KollegInnen („*visitatie*“ genannt) wird eine umfassende Überprüfung der Tätigkeit des/der Arztes/Ärztin vorgenommen. An dem Besuch nehmen drei ÄrztInnen teil, von denen

³⁸ Für nähere Informationen wird auf den Abschnitt 6.1.5 des Kapitels 2 verwiesen.

eine/r selbst kürzlich besucht worden ist und eine/r in Kürze besucht wird. Darüberhinaus finden laufende Diskussionen zur Überwachung der Einhaltung klinischer Leitlinien und der PatientInneninputs statt.³⁹

INTERNATIONALES BEISPIEL: Deutschland – Re-Zertifizierung

Obwohl ÄrztInnen in Deutschland ihre Bewilligung zur Berufsausübung von den regionalen Ministerien erhalten und von den regionalen Kammern (Berufsverbänden) reguliert werden, wurden im Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 Erfordernisse zur ärztlichen Re-Zertifizierung auf Bundesebene definiert. Das deutsche System zur ärztlichen Re-Zertifizierung schreibt ÄrztInnen vor, dass sie alle fünf Jahre bestimmte Fortbildungsverpflichtungen erfüllen müssen (250 Punkte von jeweils etwa 45 Minuten). Für VertragsärztInnen der Krankenkassen die in der ambulanten Versorgung tätig sind, existieren keine detaillierten Bestimmungen über jene Themen, die im Zuge der Fortbildung behandelt werden müssen. FachärztInnen müssen hingegen nachweisen, dass 70% ihrer beruflichen Ausbildung Themen betrifft die für ihre Spezialisierung relevant sind. RadiologInnen, die Mammographien vornehmen, unterliegen einem zusätzlichen Re-Zertifizierungsverfahren. Eben angeführte Programme sind für reine WahlärztInnen fakultativ. Für den Fall, dass VertragsärztInnen ihren Fortbildungsverpflichtungen nicht nachkommen, kann die regionale Kassenärztliche Vereinigung das an den/die ArztÄrztin zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit nach einem Jahr um 10% reduzieren und nach 2 Jahren um 25%. Sollte das Fortbildungszertifikat nicht binnen zwei Jahren nach Fälligkeit nachgewiesen werden können, ist es möglich der/dem Ärztin/Arzt die Zulassung (als VertragsärztIn) zu entziehen. In allen außer einer Region (Bad Württemberg) wurde ein computergestütztes Registrierungssystem für Fortbildung eingeführt. Ende Juni 2009 wird das Fortbildungssystem das erste Mal evaluiert. In Deutschland erwartet man, dass die Teilnahme an CME Aktivitäten an Qualitätsmanagementsysteme geknüpft wird und dadurch eine umfassendere berufliche Weiterentwicklung angeregt wird (siehe Kapitel 1, §6.1).⁴⁰

Institutionelle Ebene

Im Zuge der vorliegenden Studie wurden Stakeholder aus ganz Österreich zu Themen wie Qualitätsmanagement und PatientInnensicherheit interviewt.⁴¹ Die Mehrheit der Stakeholder, mit Ausnahme der teilnehmenden ÄrztInnen, antwortete, dass es in Österreich keine Kultur für PatientInnensicherheit gäbe. Einige Stakeholder behaupteten, dass Österreich gerade dabei sei die ersten Anfänge einer PatientInnensicherheitskultur zu erleben. 72% der Krankenversicherungsträger beantworteten die Frage „Existiert in Österreich eine Kultur für PatientInnensicherheit und Fehler?“ mit „Nein“. Beinahe 60% aller

³⁹ Merkur, Sherry, and Elias Mossialos, Morgan Long and Martin McKee, Physician Revalidation in Europe, in Kürze erscheinend.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Nähere Informationen zur Methodologie finden sich im Methodologieabschnitt des Kapitels 2

18 Stakeholder/EntscheidungsträgerInnen Interviews mit VertreterInnen des Bundes/des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, der Bundesländer (im Bericht zeitweise mit Länder abgekürzt), der Sozialversicherungsträger, der privaten Versicherungsgesellschaften, der Krankenanstalten sowie VertreterInnen von ÄrztInnen und PatientInnen wurden durchgeführt. Stakeholder Interviews zielten darauf ab die Meinung von Entscheidungsträgern auf strategischer Ebene zu erfassen.

Im Mai 2007 wurde im Rahmen der Studie allen sozialen Krankenversicherungsträgern ein Fragebogen zugeschickt. Zusätzlich wurden in dem Zeitraum von April bis August 2007 etwa 40 ExpertInnen interviewt. ExpertInnen bezeichnen VertreterInnen des Gesundheitsministeriums, der Sozialversicherung, ÄrztInnen (Praktische ÄrztInnen in Ordinationen, FachärztInnen in Ordinationen, ÄrztInnen in Krankenanstalten), PatientInnen (VertreterInnen von PatientInnenorganisationen), ForscherInnen (von Universitäten und anderen Forschungseinrichtungen) und BeraterInnen (im Gesundheitssektor tätig).

Im Juli 2007 wurden per Email Fragebögen an alle Krankenanstalten in vier Bundesländern (Wien, Burgenland, Oberösterreich und Tirol) versendet. Die Teilnahme von Krankenanstalten an dem Projekt beruhte auf Freiwilligkeit und war mit keiner Form von Honorierung verbunden. Folgeanrufe (Reminder) wurden im September unternommen. An die Krankenanstalten gerichtete Fragen behandelten schwerpunktmäßig die Themen Versorgungsqualität, PatientInnensicherheit und Kontinuität der Versorgung. Die für die einzelnen Befragungen verwendeten Fragebögen sind im Anhang 17-19 zum Kapitel 2 zu finden.

befragten ExpertInnen gaben an, dass es, aus ihrer Sicht, keine PatientInnensicherheitskultur in Österreich gibt. 104 österreichische Krankenanstalten wurden mittels Fragebogen kontaktiert und zu ihrer PatientInnensicherheitskultur befragt. 26% gaben an dass ihre PatientInnensicherheitskultur sehr offen wäre und eine offene Diskussion gefördert würde. 49% antworteten dass die Kultur recht offen wäre und eine offene Diskussion eher gefördert würde. Nur 15% gaben an dass diese relativ restriktiv sei und eine offene Diskussion kaum gefördert würde.⁴²

Empfehlungen

- Qualitätskultur, PatientInnensicherheit und offene Diskussionen könnten auf allen Gesundheitssystemebenen angeregt werden. Das Gesundheitsministerium könnte auf nationaler Ebene einen Kulturwandel unterstützen.
- Es wird empfohlen weitere Untersuchungen im Spitalsbereich zu unternehmen da die Antworten der Krankenanstalten so stark von jenen der befragten Stakeholder⁴³, Krankenversicherungsträger und ExpertInnen abweichen.

Auf Belange betreffend die Kontinuität der Versorgung ist bereits zuvor hingewiesen worden. Bei der eben erwähnten Krankenanstaltenumfrage gaben 6,38% der rückmeldenden Spitäler an, dass sie Behandlungspfade verwenden, 36,17% dass sie Leitlinien verwenden und 34,04% dass sie beides, nämlich sowohl Leitlinien als auch Behandlungspfade verwenden. Angeführte Anwendungsbereiche für Behandlungspfade sind beispielsweise Hüftendoprothetik, Mammadiagnostik und Therapie, Transurethrale Prostataresektion, Analgesieinfusionen, Arthroskopische Eingriffe am Kniegelenk, Thromboseprophylaxe, aortocoronarer Bypass, tiefe Beinvenenthrombose, Schlaganfall, MCI, Notfallversorgung und operative Eingriffe im Allgemeinen. An der Fachhochschule in Steyr (Oberösterreich) wurde ein Netzwerk für Behandlungspfade aufgebaut.⁴⁴

Empfehlungen

- Bestehende Case Management Initiativen (z.B. für Herzinfarkt oder Schlaganfall) könnten analysiert und als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Best-Practice Modellen verwendet werden.
- Für bestimmte ausgewählte Krankheitsbilder, wie beispielsweise Herzinfarkt, könnten Leitlinien für die ersten bei einer Aufnahme ins Spital zu erbringenden Leistungen definiert werden. Dadurch könnte bei der Qualität der Behandlung ein minimaler Standard sichergestellt werden.
- Für die Versorgung im ambulanten und im stationären Bereich könnten Verfahren zur Identifikation und Überwachung von HochrisikopatientInnen entwickelt werden. Dabei könnte es notwendig sein, ÄrztInnen Anreizmechanismen in Aussicht zu stellen um diese dadurch zur Teilnahme an der Entwicklung und ersten Umsetzung solcher Prozesse zu motivieren.

INTERNATIONALES BEISPIEL: USA – Medicare – Qualitätsinitiative in Krankenanstalten

Bei der Qualitätsinitiative in Krankenanstalten kommt eine Reihe von Werkzeugen zum Einsatz um Qualitätsverbesserungen bei der in Krankenanstalten erbrachten Versorgung anzuregen und zu unterstützen. Ziel ist es dabei objektive und leicht verständliche Daten über die Leistung von Krankenanstalten zur Verfügung zu stellen und auch die Qualität der Versorgung in Krankenanstalten zu verbessern. Es wird davon ausgegangen dass die öffentliche Verfügbarkeit derartiger Qualitätsinformationen KonsumentInnen und deren ÄrztInnen motiviert über diese zu diskutieren und daraufhin informierte Entscheidungen darüber zu treffen wie sie die beste Krankenanstaltenversorgung erhalten können. Dadurch könnten für Krankenanstalten Anreize entstehen ihre Versorgung zu verbessern und Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit zu unterstützen.

Bei den eingesetzten Maßnahmen kann zwischen Prozess-Maßnahmen und Outcome-Maßnahmen unterschieden werden. Prozess-Maßnahmen (wie z.B. die Verabreichung eines Aspirins bei Aufnahme eines

⁴² Nähere Informationen zur PatientInnensicherheit in Österreich finden sich im Abschnitt 5.5 des Kapitels 2.

⁴³ Ibid

⁴⁴ Siehe www.netzwerkpfade.at für nähere Informationen

Weitere Informationen zur Kontinuität der Versorgung können dem Abschnitt 6.3 des Kapitels 2 oder dem Abschnitt 5.2 über medizinische Leitlinien entnommen werden.

akuten Herzinfarktes oder die Verabreichung von ACE Inhibitoren bei Herzversagen) spiegeln die Qualität der von Krankenanstalten in Zusammenhang mit speziellen Diagnosen erbrachten Versorgungsleistungen wider. Derzeit angewendete Outcome-Maßnahmen beschränken sich auf eine 30-Tage-risikobereinigte Mortalität. Dieser Outcome-Indikator wurde verwendet weil in dem genannten Zeitraum auftretende Todesfälle mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der im Krankenhaus erhaltenen Behandlung in Zusammenhang stehen (siehe Kapitel 1, Anhang Medicare §C).

Die in Österreich für die Verabreichung von Medikamenten und die Prävention von aus einer medikamentösen Behandlung resultierenden Fehlern (Fehlern bei der Verabreichung von Medikamenten) verwendeten Leitlinien sind nicht homogen. Eine Ausnahme stellt die nationale Leitlinie zum Antibiotikaeinsatz dar, die im Jahr 2002 aktualisiert wurde. Einige Krankenanstalten oder Krankenanstaltengesellschaften haben Initiativen zur Leitlinienentwicklung gestartet. Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ehemals Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) hat ein Projekt zum Thema PatientInnensicherheit in Auftrag gegeben, im Rahmen dessen durch eine medikamentöse Behandlung resultierende Fehler (Verabreichungsfehler) mittels des MEDSAFE Modells vermieden und überwacht werden. Der Projektbericht, der nach der zweiten Pilotprojektphase veröffentlicht wurde, belegt, dass die Verwendung des MEDSAFE Modells in einer Vielzahl von Fällen Erfolg gezeigt hat.⁴⁵

Empfehlungen

- Ein systematischer Ansatz zur Reduktion und Vermeidung von Verabreichungsfehlern bei Medikamenten könnte gewählt werden. Der Schwerpunkt sollte dabei zuerst auf die Krankenanstaltenversorgung gelegt werden.
- Bestehende Initiativen zur Verbesserung der Qualität von Medikamentenverschreibungen könnten analysiert und evaluiert werden.
- Anreize zur Verbesserung des Verschreibungsverhaltens von ÄrztInnen sollten auch mit einer Verbesserung der Versorgungsqualität, angemessenen Verschreibungsgewohnheiten und einer verstärkten Verordnung von Generika in Zusammenhang stehen.
- Bei der Verschreibung von Medikamenten könnten in vielen Bereichen qualitätsverbessernde Maßnahmen gesetzt werden. Beispielsweise umfassen diese:
 - o Überwachung von Wechselbeziehungen bei Medikamenten
 - o Befolgung von Behandlungsvorgaben durch PatientInnen (*patient adherence*)
 - o E-Verschreibungen
 - o Pharmakovigilanz
 - o Befolgung von Verschreibungsleitlinien durch ÄrztInnen
 - o DUR – Drug Utilisation Review
- Bestehende Informations- oder Unterstützungssysteme (*support systems*) für Medikamente und Verschreibungen könnten zusammengeführt oder vernetzt werden. Zusätzliche oben angeführte Aspekte zur Steigerung der Verschreibungsqualität bei Medikamenten sollten ebenfalls bei den Informationssystemen berücksichtigt werden. Zukünftige Entwicklungen sollen Verbindungen zu bestehenden Datensätzen ermöglichen um Vergleiche zu unterstützen und Mehrfachmeldung identischer Daten zu vermeiden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: USA – New Jersey Krankenanstalten Leistungsbericht

Der Krankenanstalten Leistungsbericht wurde ins Leben gerufen um den PatientInnen, dem Pflegepersonal und den KrankenhausärztInnen Informationen über die Qualität von Krankenanstalten zukommen zu lassen und diesen dadurch die Möglichkeit zu geben informierte Entscheidungen über die in Anspruch genommenen Leistungen zu treffen. Wie auch bei anderen Arten öffentlicher Berichterstattung, basiert die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen auf der Annahme, dass PatientInnen und ÄrztInnen Krankenanstalten mit Leistungen höherer Qualität bevorzugen werden. Dies – so weiterhin die Annahme - Marktkräfte in Gang setzen und Krankenanstalten dazu bewegen aktive qualitätsverbessernde Maßnahmen zu ergreifen.

⁴⁵ Siehe http://www.ipg.uni-linz.ac.at/medsafe_bericht.pdf für nähere Informationen

Bedingt durch die mit Herzinfarkten, Herzversagen und Lungenentzündungen einhergehende hohe Morbidität und Mortalität konzentriert sich der Krankenanstaltenbericht von New Jersey auf die Versorgung jener PatientInnen, die mit einer dieser Diagnosen aufgenommen wurden. Eingesetzte Maßnahmen wurden vom *Centre for Medicare and Medicaid Services* and der Joint Commission entwickelt und wurden vom *National Quality Forum*⁴⁶ befürwortet. Sowohl die verwendeten Maßnahmen als auch die PatientInnen, auf die sie Anwendung finden sollen, sind eindeutig definiert (siehe Kapitel 1, Anhang Fallstudien USA §1).

ZahlerInnenebene

Mehrere Sozialversicherungsträger haben mit ihren VertragspartnerInnen (zumeist ÄrztInnen, einige Verträge existieren auch für Krankenanstalten) spezielle Vereinbarungen für Medikamentenverordnungen abgeschlossen. Diese setzen sich vorrangig mit Optionen der Kosteneindämmung auseinander und fördern beispielsweise die Verordnung von Generika anstelle von ehemals patentgeschützten Originalpräparaten (Originären). Der Hauptverband hat Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen herausgegeben, die besagen, dass VertragsärztInnen bei zwei Medikamenten, welche die gleiche Wirksamkeit aufweisen, verpflichtet sind das kostengünstigere zu verschreiben. In einigen Fällen setzen Sozialversicherungsträger Anreizmechanismen ein um Medikamentenkosten hintanzuhalten (z.B. Oberösterreichische- oder Steiermärkische Gebietskrankenkasse). Die oben angeführten Beispiele deuten darauf hin, dass Maßnahmen zur Kosteneindämmung mehr Bedeutung beigemessen wird als Maßnahmen zur Verbesserung der Verschreibungsqualität.

In Salzburg wurde von mehreren Stakeholdern ein Pilotprojekt zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit gestartet, das Projekt „Arzneimittelsicherheitsgurt“. Nachdem sich PatientInnen für das Projekt angemeldet haben berechtigt dies Apotheken dazu mittels deren e-card alle Daten über von ihnen konsumierte Medikamente einzusehen, einschließlich jener, die rezeptfrei abgegeben werden (OTC, *over-the-counter drugs*). Das Pilotprojekt wurde bis zum Ende des Jahres 2007 verlängert. Nach Abschluss der Pilotphase findet eine Evaluierung statt. Anschließend ist eine bundesweite Implementierung geplant.⁴⁷

Eine weitere Initiative der Sozialversicherung, die von der Salzburger Gebietskrankenkasse ins Leben gerufen wurde, ist das „Pharmakovigilanz Projekt“. Bei diesem werden nachteilige Effekte, Wechselwirkungen und Krankenhausaufenthalte, die auf eine nachteilige Verwendung von Medikamenten (*adverse use of medicines*) zurückzuführen sind, untersucht.

Empfehlungen

- Leitlinien könnten an Verschreibungssysteme gekoppelt sein um ÄrztInnen bei ihren Verschreibungen zu unterstützen und um sie über Wechselwirkungen bei Medikamenten zu informieren. Die meisten Systeme beschränken sich auf spezifische Vergleiche zwischen zwei Medikamenten. Eine neue Generation von Systemen könnte ein Aufzeigen von Wechselwirkungen zwischen mehreren Medikamenten ermöglichen und dabei rezeptfreie Medikamente und Medikamente auf pflanzlicher Basis berücksichtigen. Ergebnisse des Projektes „Arzneimittelsicherheitsgurt“ sollen evaluiert werden und könnten als Ausgangspunkt für eine Analyse verwendet werden, die untersucht ob geeignete Daten zur Überwachung von Medikamentenwechselwirkungen erfasst werden oder ob es besser wäre den Rahmen des Projektes auszuweiten um derartige Daten einzubeziehen.
- Bestehende Informationssysteme für Medikamente und Verordnungen könnten zusammengeführt oder vernetzt werden (z.B. elektronische Verschreibung, Wechselwirkungen bei Medikamenten, DUR). Bei der Weiterentwicklung der Programme sollten EntscheidungsträgerInnen und die umsetzenden Parteien die erforderlichen Ressourcen investieren um sicherzustellen, dass Datensätze verschiedener Programme miteinander verknüpft werden können.

⁴⁶ Nationalen Qualitätsforum

⁴⁷ Weitere Informationen zum Projekt finden sich auf der Projektwebseite unter www.arzneimittelsicherheitsgurt.at.

PatientInnenebene

PatientInnen in Österreich äußern ihre Wünsche zusehends offener und verlangen vermehrt Informationen. Viele verwenden für ihre Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen das Internet. Die Sozialversicherungsträger, AnbieterInnenorganisationen sowie einzelne LeistungsanbieterInnen bieten PatientInnen nur beschränkte Informationen an. Diese beziehen sich üblicherweise auf Krankheiten, Strukturaspekte oder angebotene Leistungen.

Eine höhere Nachfrage nach Informationen und gemeinsamer Entscheidungsfindung könnte mit dem Trend einhergehen, dass PatientInnen eine größere Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen. Viele PatientInnen in Österreich sind jedoch der Meinung, dass vorrangig ihr/ihre Arzt/Ärztin für ihre Gesundheit zuständig ist (75% reihten den/die Arzt/Ärztin an erster Stelle als sie gefragt wurden wer für ihre Gesundheit zuständig wäre; nur 33% (letzte Stelle) gaben „ich selbst“ an).⁴⁸

Empfehlung

- PatientInnen und die breite Öffentlichkeit sollten über die Wichtigkeit der Rolle des/der Patienten/Patientin bei der Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes aufgeklärt werden.

⁴⁸ Umfrage des Fonds Gesundes Österreich, Anonym (2000). 'Ultima Ratio: Diskussionsrunde zum Thema Patientenzufriedenheit – Wie zufrieden sind Österreichs Patienten?.' Welldone Forte, Zugriff unter <http://www.alternmitzukunft.at/content/page.asp?id=355> am 30. März 2007

II Empfehlungen zum Feedback von Information

Regulatorische Ebene

Feedback von Information bezieht sich auf Interventionen, die darauf abzielen das individuelle Bewusstsein von ÄrztInnen für die Notwendigkeit von Qualitätsverbesserungen zu stärken. Im Rahmen der Studie wurden diverse österreichische Gesundheitssystemstakeholder und ExpertInnen zu ihrem Verständnis von Qualität befragt. Nicht unerwartet, wird die Meinung von Stakeholdern durch ihren fachlichen Hintergrund stark beeinflusst. Fast alle befragten Stakeholder unterteilen Qualität in Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Sie beschreiben Qualität als einen Grad der Zeilerreichung oder den Unterschied zwischen der optimalen Situation und dem tatsächlich erreichten Ergebnis. Sie bringen Qualität auch in Verbindung mit: der zeitgerechten Erbringung von Gesundheitsleistungen, modernen (dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechenden) Verfahren, guter fachlicher Ausbildung, Zugang zu Leistungen und der Standardisierung von Prozessen. In Zusammenhang mit Qualitätsmanagement unternommene Bemühungen werden als kontinuierliche anstelle von einmaligen Aktivitäten interpretiert. Die meisten Stakeholder glauben, dass PatientInnenorientierung und PatientInnenkommunikation wesentliche Aspekte der Versorgungsqualität darstellen.⁴⁹

Es existieren nur wenige nationale Quellen für Definitionen qualitätsrelevanter Termini. Eine davon ist das Bundesgesetz für Qualität im Gesundheitswesen.

Empfehlung

- Eine einheitliche Taxonomie für Qualität im Gesundheitswesen könnte ein besseres Verständnis unter den Gesundheitssystemstakeholdern begünstigen. Die im 2005 in Kraft getretenen Gesetz angeführten Termini könnten als Ausgangspunkt für Diskussionen verwendet und auf andere Versorgungsbereiche und Bereiche des Qualitätsmanagements ausgeweitet werden.

Gemäß dem Bundesgesetz für Qualität im Gesundheitswesen können Qualitätsindikatoren an Bundesqualitätsleitlinien oder Bundesqualitätsrichtlinien gekoppelt werden. Die Zuständigkeit für die Entwicklung von Indikatoren liegt beim Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen. Indikatoren stellen ein Schlüsselement der österreichischen Qualitätsberichterstattung dar. Die internationale Vergleichbarkeit soll bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren bedacht werden.

Bislang wurde kein Konsens über nationale Qualitätsindikatoren gefunden. Österreich ist jedoch in eine Vielzahl internationaler Projekten involviert und hat auch eine Menge an nationalen Initiativen und Modellprojekten gestartet, welche eine gute Basis für die Entwicklung zukünftiger Indikatoren darstellen könnten (z.B. Outcome Projekt des Wiener Krankenanstaltenverbundes). Noch beziehen verwendete Indikatoren sich meistens auf Strukturen und Prozesse. Ergebnisindikatoren (Outcome-Indikatoren) gewinnen an Bedeutung, werden aber noch immer zu wenig eingesetzt.⁵⁰

Empfehlungen

- Qualitätsindikatorenmodell
 - o Jene spezifischen Indikatoren, die erfasst werden sollen, müssen definiert werden, ebenso wie das Verfahren zur Erhebung dieser. Darüber hinaus sollten Verfahren für eine Plausibilitätsprüfung, Berichterstattung und Analyse bestimmt werden sowie Folgeaktivitäten und Korrekturmaßnahmen.
 - o Bestehende Indikatoren könnten um Ergebnisindikatoren erweitert werden. Es soll sorgfältig ausgewählt werden welche Indikatoren angewendet werden. Im österreichischen System könnte eine Reihe von Alternativen zur Anwendung kommen:
 - Übernahme eines bereits existierenden internationalen Qualitätsindikatorensystems, z.B. von der OECD oder WHO (*Health for All* Ziele)

⁴⁹ Für detaillierte Antworten der Stakeholder wird auf Abschnitt 1.1.1, Kapitel 2 des Berichts verwiesen.

⁵⁰ Qualitätsindikatoren werden im Abschnitt 5.3 des Kapitels 2 behandelt.

- Definition eines eigenen österreichischen Systems, welches ausgehend von bestehenden Verfahren entwickelt wird
- Gemischter Zugang, Kombination der besten vorhandenen Alternativen

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – Alberta Gesundheitsqualitätsmatrix

Die Alberta Gesundheitsqualitätsmatrix stellt ein Instrument zur Strukturierung von Informationen dar, mittels dem eine gemeinsame Sprache, ein gemeinsames Verständnis und ein gemeinsamer Zugang zur Qualität für PatientInnen, LeistungserbringerInnen und Organisationen geschaffen werden soll. Die Matrix umfasst vier Bedürfnisbereiche (*areas of need*): Gesund sein, gesund werden, mit einer Krankheit oder Behinderung leben und das Lebensende. Sechs Dimensionen von Qualität werden erfasst: Akzeptanz, Zugang, Angemessenheit, Wirksamkeit, Effizienz und Sicherheit (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien, Anhang 6).⁵¹

INTERNATIONALES BEISPIEL: Dänemark – Dänisches Qualitätsmodell (DQM)

DQM stellt ein gemeinsames System zur Qualitätsentwicklung und Akkreditierung für das gesamte dänische Gesundheitssystem dar, das auf einem gemeinsamen Set von Standards und Indikatoren beruht. DQM legt einen Schwerpunkt auf die sektorenübergreifende PatientInnenversorgung, sowohl zwischen Einrichtungen als auch in den Einrichtungen selbst. Das Management von DQM obliegt dem *Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare*⁵², einer unabhängigen, im Jahr 2005 gegründeten Organisation. Ziele des DQM sind:

- Entwicklung einer Basis für Evaluierungen in Form von Standards mit dazugehörigen Indikatoren
- Förderung einer kontinuierlichen medizinischen, fachlichen und organisationalen Qualitätsverbesserung in Zusammenhang mit der PatientInnenversorgung
- Vornahme einer externen Evaluierung und Akkreditierung eingebundener Institutionen
- Untersuchung der Transparenz von Qualität im Gesundheitswesen

Die Evaluierungsbasis von DQM (Standards mit dazugehörigen Indikatoren) umfasst 37 Themen, die im Rahmen von drei Hauptbereichen erläutert werden: Allgemeine Aktivitäten, krankheitsbezogene Aktivitäten und organisationale Aktivitäten (siehe Kapitel 1, §4.3.11).

INTERNATIONALES BEISPIEL: Norwegen – Nationale Strategie für eine Verbesserung der Qualität von Gesundheits- und Sozialleistungen

Die norwegische Strategie soll sicherstellen dass die KonsumentInnen von Gesundheits- und Sozialleistungen hochqualitative Leistungen erhalten, dass die Strategie für eine hohe Qualität umgesetzt wird und dass die in den verschiedenen Bereichen initiierten Qualitätsverbesserungsaktivitäten aufeinander abgestimmt und ausgebaut werden. Die Strategie wurde angeregt von: ähnlichen Strategien in anderen Ländern, der Arbeit des amerikanischen Ausschusses für Qualität im Gesundheitswesen, vom amerikanischen Institut für Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen und der WHO.

Der nationalen Strategie wurde 2005 zugestimmt, im gleichen Jahr wurde sie gestartet. Sie gibt umfassende Rahmenbedingungen für weitere Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung im Bereich der Gesundheits- und Sozialleistungen vor. Gemäß der Strategie sollten Leistungen sicher und verlässlich sein, wirksam, koordiniert und integriert. Sie sollten darüber hinaus KonsumentInnen einbinden und diesen ermöglichen einen Einfluss auszuüben. Ressourcen sollten entsprechend eingesetzt werden, Leistungen sollten verfügbar sein und gleichmäßig verteilt werden. Die Strategie weist in Hinblick auf die Erreichung dieser Ziele fünf Aktionsbereiche auf: stärken des/der Konsumenten/Konsumentin, stärken des/der Leistungserbringers/Leistungserbringerin, verbessern von Management und Organisation, stärken der Rolle, die das Wissen um Verbesserungen bei der Ausbildung spielt sowie überwachen und evaluieren von Leistungen (siehe Kapitel 1 §4.3.2).

⁵¹ HQCA (2004) Alberta Quality Matrix for Health – User Guide. Zugriff unter: http://www.hqca.ca/templates/HQCA5/pdf/Matrix_User_Guide.pdf (Zugriff am 15. Juni 2007).

⁵² Dänisches Institut für Qualität und Akkreditierung im Gesundheitswesen

INTERNATIONALES BEISPIEL: Niederlande – Harmonisierungsmodell

Zertifizierungsleistungen werden in den Niederlanden schwerpunktmäßig von der *Organization for Harmonisation of quality review in health care and welfare* (HKZ)⁵³ erbracht. Die Organisation hat es sich zum Ziel gesetzt Qualitätsmanagementsysteme zu harmonisieren und sicherzustellen, dass diese implementiert und auch einer externen Peer Review unterzogen werden. Die HKZ hat für die Zertifizierung diverser Gesundheitseinrichtungen ein generisches konzeptionelles Rahmenwerk für Zertifizierungen geschaffen: das HKZ Harmonisierungsmodell.

Dieses Rahmenwerk lässt sich auf alle Untersektoren der Bereiche Gesundheit und Soziales anwenden und stellt ein „HKZ Blueprint“ dar. Das Modell besteht aus 9 Abläufen welche zusammen jenen Organisationsprozess darstellen der evaluiert werden soll. Die ersten 3 Abläufe beziehen sich auf Primärprozesse mit fachlichem Input: sie erstrecken sich von der Aufnahme (dem Aufzeigen eines gesundheitlichen Problems) über die Leistungserbringung bis hin zur Evaluierung. In diesen Abläufen verwendete Standards wurden aus der PatientInnenperspektive formuliert, welche den Hauptfokus der HKZ Zertifizierungs-Programme darstellt. Die restlichen sechs Abläufe beziehen sich auf unterstützende Elemente und Prozesse: Strategie und Organisation; Personalmanagement, Forschung und Entwicklung, Umwelt und Ressourcen, durch Dritte erbrachte Leistungen; und Dokumentation (siehe Kapitel 1 §4.3.3).

- Der bestehende Entwurf des nationalen Qualitätsberichts, der 2004 vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegeben wurde und gegenwärtig auf seine Veröffentlichung wartet, sollte evaluiert werden.⁵⁴
 - o Die Anzahl und Art der für die Berichterstattung verwendeten Indikatoren sollte im Interesse der Sicherstellung der Aussagekraft des Berichtes sorgfältig bedacht werden. Wenn die Zahl der Indikatoren zu groß ist könnte dies für die LeistungserbringerInnen (bzw. die Meldenden) beschwerlich sein. Sollte die verwendete Information schwierig zu bekommen sein ist die Wahrscheinlichkeit, dass die GesundheitsdienstleisterInnen der Berichterstattung Folge leisten geringer
 - o Es wird empfohlen die Qualitätsberichterstattung auf 5-6 Bereiche zu beschränken. Beispiele hierfür wären:
 - Krankenhausinfektionen (z.B. Ausweitung der HELICs/ANISS⁵⁵ Initiative)
 - Durch Medikamente hervorgerufene Fehler (Krankenanstaltenaufnahmen aufgrund von Medikamentenfehlern) – Förderung der Verwendung von MEDSAFE Fragebögen für Akutspitäler, Anpassung des Konzeptes für Pflegeeinrichtungen
 - Intensivstationen
 - Koordinationsprobleme, PatientInnen mit Multimorbiditäten
 - Wiederaufnahmen
 - Post-operative Mortalität
 - Psychische Gesundheit
 - o Ein zusätzlicher Schwerpunkt könnte auf bestimmte ausgewählte Diagnosen gelegt werden
 - o Internationale Beispiele sollten berücksichtigt werden (z.B. OECD, *Health for All* Ziele)
 - o Ergebnissen des Outcome Projektes des Wiener Krankenanstaltenverbundes (bei dem 3 Tracer Diagnosen untersucht wurden: Geburt, ST-Erhebung Herzinfarkt, TURP Prostata Hypertrophie) sollte Aufmerksamkeit geschenkt werden genau so wie den Ergebnissen des Quality Indicator Projektes, welches erfolgreich schwerpunktmäßig in Oberösterreich eingesetzt wurde.⁵⁶

Um einen reibungslosen Übergang zu begünstigen, könnte man zuerst bestehende Programme weiterentwickeln und dann zu einem späteren Zeitpunkt stufenweise neue Indikatoren oder Berichterstattungserfordernisse einführen.

⁵³ Organisation für die Harmonisierung von Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen

⁵⁴ Weitere Informationen zur Qualitätsberichterstattung in Österreich sind im Abschnitt 5.1 des Kapitels 2 zu finden

⁵⁵ HELICS=Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, ANISS=Austrian Nosocomial Infection Surveillance System

⁵⁶ Siehe Abschnitt 5.3.4.3.5 und Abschnitt 7 des Kapitels 2 um nähere Projektinformationen zu erhalten

INTERNATIONALES BEISPIEL: USA – Medicare, Ärztliche Berichterstattung zur Qualität – *Tool Kit Initiative*

Das *Centre for Medicare and Medicaid Services*⁵⁷ (CMS) hat, um die Beteiligung von ÄrztInnen anzuregen, ein umfassendes Beratungs- und Ausbildungsprogramm (*outreach and education programme*) entwickelt. Es soll ÄrztInnen bei der Sammlung und Einreichung von Daten unterstützen, Bonuszahlungen und die Berechnung von Obergrenzen verständlicher machen und den Zugang zu Feedback-Berichten von LeistungsanbieterInnen erleichtern. Arbeitsblätter, die speziell für jede Maßnahme entwickelt wurden, und den gesamten Prozess in einem schrittweisen Verfahren beschreiben sind vorhanden. Auch ausgewählte ÄrztInnenorganisationen haben bei der Entwicklung derartiger Werkzeuge mitgearbeitet. Die *American Association of Family Physicians*⁵⁸ hat beispielsweise ein Arbeitsblatt entwickelt, mit Hilfe dessen AllgemeinmedizinerInnen Informationen über Maßnahmen in Zusammenhang mit Diabetes dokumentieren können. Diabetes ist ein Krankheitsbild mit dem diese ÄrztInnengruppe sehr häufig konfrontiert ist. Dieses und andere von der CMS erstellten Arbeitsblätter könnten von der Ordination laufend eingesetzt werden um im Rahmen von PatientInnenkonsultationen Daten für die Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) zu sammeln.

Verwendete Werkzeuge umfassen Handbücher, Kennzahlenverzeichnisse (*code masters*), Listen häufig gestellter Fragen, Arbeitsblätter etc.. Sie werden im „*PQRI Toolkit*“ (PQRI Werkzeugkoffer) zusammengefasst und sind dadurch für alle ÄrztInnen zugänglich. Das Toolkit enthält wichtige Ressourcen um ausgewählte ÄrztInnen bei der erfolgreichen Einführung von PQRI Messungen in ihre Ordination zu unterstützen (siehe Kapitel 1, Anhang Medicare Study §B).

- o Erfasste Daten sind nur dann von Nutzen wenn sie genau sind. Um die Genauigkeit und die Validität der erfassten Daten zu bestätigen könnten externe Überprüfungen durch unabhängige Einrichtungen erforderlich sein.
- o In einem nächsten Schritt sollten Daten verwendet werden um Schwankungen bei der Versorgung zu analysieren. Dabei könnte das durchschnittliche Qualitätsniveau besser erfasst und Erfordernisse für eine Qualitätsverbesserung genauer abgestimmt werden.
- o Falls an beiden Enden des Spektrums Ausreißer auftreten könnte es notwendig sein Folgeaktivitäten zu setzen:
 - Geeignete Korrekturmaßnahmen für *Low Performer*⁵⁹ und
 - Anerkennung von herausragenden Leistungen
- o Bevor ein neuerlicher Berichtszyklus gestartet wird könnte der vergangene Berichterstattungsprozess evaluiert werden. Der Prozess sollte dynamisch und flexibel sein. Er solle eine kontinuierliche Verbesserung zulassen.
 - In Zusammenhang mit der Länge des Berichtszeitraumes (Abstand zwischen den Meldungen) haben einige Studien vorgeschlagen, dass ein Zeitraum von 3 Jahren angemessen wäre um einen Ausgleich zwischen der durch die Datenerhebung auftretenden Belastungen und die Analyse der Daten zu erreichen.⁶⁰
- o Die Verwendungsmöglichkeiten des Berichts sollte zur Debatte gestellt werden ebenso wie dessen Veröffentlichung bzw. Konsequenzen einer Veröffentlichung.
 - Es wird wichtig sein sich zu überlegen welche Ebene der Berichterstattung am wirksamsten ist um eine Verhaltensänderung dort anzuregen, wo sie wirklich benötigt wird

Die Vor- und Nachteile öffentlicher Berichterstattung sind wie folgt:

- | Vorteile | Nachteile |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• LeistungserbringerInnen wird die relative Qualität der von ihnen erbrachten Leistung | <ul style="list-style-type: none">• Leistungskennzahlen könnten für das beabsichtigte Zielpublikum unverständlich sein |

⁵⁷ Zentrum für Medicare und Medicaid Leistungen

⁵⁸ Amerikanische Gesellschaft für Familienmedizin (Allgemeinmedizin)

⁵⁹ Jene die nicht gut abschneiden

⁶⁰ Spiegelhalter, David; Paul Aylin and Nicola G. Best, Stephen J. W. Evans, and Gordon D. Murray, (2002)

“Commissioned analysis of surgical performance using routine data: lesson from the Bristol Inquiry,” J. R. Statist. Soc. Part 2, pp. 191-231.

- bewusst gemacht
 - ZahlerInnen könnten die Informationen verwenden, um für sich und ihre PatientInnen informierte Entscheidungen zu treffen
 - Die Öffentlichkeit hätte Zugang zu Informationen, die sie bei der Auswahl von LeistungserbringerInnen (sofern zulässig) unterstützen könnten
 - LeistungserbringerInnen, die Leistungen einer niedrigen Qualität erbringen, könnten identifiziert werden
 - Messzahlen könnten für die tatsächlich erbrachte Qualität der Versorgung nicht repräsentativ sein
 - Mechanismen zur Risikoanpassung könnten ungeeignet sein
 - Anreize für LeistungserbringerInnen zur Rosinenpickerei/Vermeidung von HochrisikopatientInnen könnten bestehen
 - Falls die Datenmeldung nicht verpflichtend ist werden jene LeistungserbringerInnen, die Leistungen von einer niedrigen Qualität erbringen, nicht teilnehmen
- Das Vertrauen der Öffentlichkeit in die LeistungserbringerInnen ist zu schützen. Wenn Initiativen primär darauf abzielen schlechte LeistungserbringerInnen zu identifizieren und diese dann durch Schuldzuweisungen zu Handlungen zu drängen könnten sie (die Initiativen) das Vertrauen der Öffentlichkeit untergraben. Die Publikation von Qualitätsberichten könnte für LeistungserbringerInnen auch mit dem Anreiz verbunden sein sich die Rosinen in Form von gesünderen PatientInnen herauszupicken und die Behandlung komplexerer Fälle zu vermeiden um dadurch gute Bewertungen sicherzustellen.
 - Ein Ranking (Bewertung in Form einer Rangordnung) von Gesundheitseinrichtungen wird nicht empfohlen. Zuerst sollte man sich damit auseinandersetzen Kapazitäten aufzubauen und Probleme zu lösen. Die Veröffentlichung von Informationen sollte erst ernsthaft in Erwägung gezogen werden, nachdem Verbesserungspotentiale lokalisiert und Lösungen realisiert worden sind, beispielsweise durch den Einsatz entsprechend geeigneter Personalressourcen und Informationssysteme.

Derzeit verwalten die ZahlerInnen und LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen üblicherweise ihre eigenen Datenbanken. Die Sozialversicherung administriert beispielsweise die Abrechnungsdaten von Arztpraxen, die Länder und das Bundesministerium die Krankenanstaltendaten. Es existieren nur wenige gemeinsame oder zentralisierte Datenbanken; Verknüpfungen oder eine gemeinsame Verwendung kommen nur in seltenen Fällen vor (z.B. haben ausgewählte NutzerInnen einen Zugriff zu der Datenbank des Ministeriums für Krankenanstalten, DIAG). Daten sind meistens in elektronischer Form verfügbar, unterliegen jedoch einer lokalen Speicherung (z.B. im Krankenhaus). Innerhalb Krankenanstaltengesellschaften erfolgt häufig ein Austausch von Daten; mit niedergelassenen ÄrztInnen findet dieser nur zum Teil statt. Einheitliche Informationssysteme sind nicht verfügbar und werden (im Bereich der Hardware) auch nicht erwünscht.⁶¹ In Hinblick auf eine Begünstigung der Interoperabilität zwischen den Systemen werden gemeinsame Grundlagen geschaffen. Dabei werden international anerkannte Standards berücksichtigt.

Empfehlungen

- Datenverfügbarkeit:
 - o Bestehende Datenbanken (z.B. im Gesundheitsministerium oder bei den Sozialversicherungsträgern) könnten evaluiert und um Qualitätsindikatoren ergänzt werden. Neue Informationssysteme könnten entwickelt werden um eine Uniformität und Vergleichbarkeit der Daten und Dokumentation sicherzustellen.
 - o Die Interoperabilität oder Verknüpfung von Datenbanken (stationäre Versorgung/Versorgung im niedergelassenen Bereich etc.) sollte unterstützt werden um Analysten die Möglichkeit zu geben Qualitätsindikatoren über mehrere Datenquellen hinweg zu vergleichen und zu analysieren.
 - Um das öffentliche Vertrauen in das System zu schützen sollten Datenschutzaspekte bedacht werden.

⁶¹ ExpertInneninterview, 30. Dezember 2005

- Die Umsetzung des elektronischen Gesundheitsaktes sollte gefördert werden um einen Zugang zu Informationen sicherzustellen, bei dem das Gesundheitspersonal nicht zu stark durch das Führen paralleler Verwaltungssysteme beansprucht wird.
- Eine Harmonisierung von Dokumentationsstandards sollte angeregt werden

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – *Comparable Health Indicators* Projekt⁶²

Seit den 1990ern haben drei nationale Initiativen stattgefunden um die Datenerhebung für spezifische Gesundheitsindikatoren zu verbessern. Diese umfassen: das *Health Indicator Projekt*, das *Pan-Canadian Primary Care Indicators Projekt*⁶³ und das *Comparable Health Indicators Projekt*. Ziel des *Health Indicators Projektes* ist Gesundheitsregionen bei der Beobachtung von Gesundheitssystemverbesserungen und dem Monitoring des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie bei Veränderungen dieser zwei Aspekte im Zeitverlauf zu unterstützen. Indikatoren beziehen sich auf vier Bereiche: Gesundheitszustand, nicht-medizinische Determinanten der Gesundheit, Gesundheitssystemleistung und Charakteristika der Bevölkerung und des Gesundheitssystems. Daten werden im Rahmen des *Canadian Community Health Survey*⁶⁴ (CCHS) erhoben.

Für den niedergelassenen bzw. ambulanten Bereich wurden durch das *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Projekt* 105 gemeinsame Indikatoren identifiziert mittels derer Primary Health Care auf vielen Ebenen in ganz Kanada verglichen werden kann. Aufgrund der Herausforderung welche die Zusammenführung und Berichterstattung von Informationen zu 105 Indikatoren darstellt, beschränkte man sich für die öffentliche Berichterstattung auf eine verkürzte Liste mit 30 Indikatoren.

Das *Comparable Health Indicators Projekt* wurde im Jahr 2000 begonnen und umfasst 70 Indikatoren zu Themen die für die kanadische Bevölkerung von wesentlicher Bedeutung sind: zeitgerechter Zugang, Qualität der Versorgung, Gesundheit und Wellness. 2004 beschlossen die Bezirke, Bund, Provinzen und Territorien, dass 18 Indikatoren der Liste für die öffentliche Berichterstattung verwendet werden sollten.

Informationen über vergleichbare Gesundheitsindikatoren unterstützen der Bund, Provinzen und Territorien sowie die GesundheitsdienstleisterInnen bei der Beobachtung von Trends und Fortschritten die für die Verbesserung der Gesundheit der KanadierInnen relevant sein könnten. Darüber hinaus entspricht die öffentliche Berichterstattung dem Bekenntnis der Regierung zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit (siehe Kapitel 1, §5.1.16 & 5.3).⁶⁵

- Bestehende Initiativen oder Pilotprojekte zur Steigerung der PatientInnensicherheit sollten evaluiert und auf andere Organisationen ausgeweitet werden. Sie könnten auch als Best-Practice Modelle fungieren (z.B. MEDSAFE, ANISS, ABS⁶⁶).
- Die Einrichtung weiterer Krankheitsregister (z.B. Schlaganfallregister in Österreich) könnte angeregt werden.⁶⁷
- Neue Register oder Dokumentationsmethoden sollten, sofern dies möglich ist, mit bestehenden Systemen kompatibel sein und Verbindungen zur e-Health Initiative sowie zu ELGA (Elektronischer Gesundheitsakt) aufweisen.

LeistungserbringerInnenebene

Die Qualität in Arztpraxen wird von der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, kurz ÖQMed, evaluiert. Die ÖQMed ist im Eigentum der

⁶² Projekt für vergleichbare Gesundheitsindikatoren

⁶³ Gesamtkanadisches Projekt für Gesundheitsindikatoren im niedergelassenen Bereich

⁶⁴ Kanadische Gesundheitsbefragung (der Bevölkerung)

⁶⁵ Health Canada. Healthy Canadians. Ein nationaler Bericht über Comparable Health Indicators 2006. Ottawa: Health Canada; 2006. Zugriff unter: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2006-fed-comp-indicat/2006-fed-comp-indicat_e.pdf (Zugriff am 10. Juli 2007).

⁶⁶ ANISS=Austrian Nosocomial Infection Surveillance System, ABS=Antibiotika Strategie

⁶⁷ Das Ludwig Boltzmann Institute für HTA arbeitet an einem Assessment über Anwendungsstudien und Überwachungssysteme in der EU. Nähere Informationen dazu, siehe http://hta.lbg.ac.at/en/projekt_detail.php?iMenuID=13&iProjectID=9

Österreichischen Ärztekammer und fußt auf Bestimmungen im Ärztegesetz (§118 a-b). Nachdem für die Evaluierung ein Qualitätsindikatorenkatalog entwickelt worden war wurde der Evaluierungsprozess Mitte April 2006 initiiert. Bis Ende 2008 sollen alle Arztpraxen (etwa 15.000) evaluiert werden, danach ist alle drei Jahre eine Re-Evaluierung geplant.⁶⁸

Empfehlung

- Das derzeitige von der ÖQMed zur Beurteilung der Qualität von Arztpraxen eingesetzte Verfahren sollte nach Abschluss des ersten Bewertungsdurchgangs Ende 2008 (Beurteilung aller Ordinationen) einer externen Evaluierung unterzogen werden

Im Jahr 2002 wurde an den österreichischen Medizin-Universitäten (Wien, Graz und Innsbruck) ein neues Medizincurriculum implementiert. Dieses wurde im Jahr davor bereits in Form eines Piloten von mehreren StudentInnen getestet. Letztere Gruppe (etwa 110 StudentInnen) schließt ihr Studium 2007 ab, die ersten regulären AbsolventInnen nach dem neuen Curriculum 2008. Prüfungsmethoden wurden überarbeitet; auch wurden die Lehrmethoden abgeändert (stärkere Betonung auf *bedside teaching*⁶⁹, auf dem Erlernen praktischer medizinischer Fertigkeiten und auf dem Unterricht in Kleingruppen).

Empfehlung

- Das überarbeitete Medizincurriculum sollte von einer externen Einrichtung dahingehend evaluiert werden ob es einen Effekt auf die Qualität der Behandlung hat.

Wartezeiten haben beachtliche Auswirkungen auf die Leistungserbringung. Eine Reduktion der Wartezeiten kann zu einer Qualitätsverbesserung führen indem einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der PatientInnen sowie chronischen Krankheiten entgegengewirkt wird. In Österreich existiert für den ambulanten und für den stationären Bereich kaum Evidenz zu Wartezeiten. Verglichen mit anderen Ländern wird davon ausgegangen, dass Wartezeiten ziemlich niedrig sind, zumindest von offizieller Seite. Es wird behauptet, dass Wartezeiten in Österreich eine geringe Bedeutung zukommt.⁷⁰ Das Auftreten von Wartezeiten scheint sich auf einige elektive chirurgische Eingriffe zu beschränken wie beispielsweise Hüft- oder Knieprothesen sowie auf einige Arten von chirurgischen Eingriffen an den Augen. In einem Bericht der OECD wird Österreich mit anderen Ländern zusammengefasst, in denen keine Wartezeiten für die elektive Versorgung erhoben werden.

Es gibt keine offiziellen oder öffentlichen Wartelisten. In Krankenanstalten könnten jedoch interne Listen existieren, die nicht an die Öffentlichkeit kommuniziert werden. Der einzige Bereich für den Wartezeiten sehr genau dokumentiert werden ist der Bereich der Organtransplantationen. In der jüngsten Vergangenheit hat das Interesse an zunehmender Transparenz bei Wartezeiten auf chirurgische Eingriffe zugenommen. Die Statistik Austria hat im Mai 2006 anonyme Befragungen zum Thema Wartezeiten durchgeführt. Vom Institut für Höhere Studien (IHS) wird in Kürze mit der Publikation einer Studie über Wartezeiten gerechnet.⁷¹

Empfehlungen

- Bestehende Projekte zum Umgang mit Wartezeiten könnten analysiert und als Basis für Best-Practice Modelle verwendet werden (z.B. Projekt der KAGes in der Steiermark).
- Es könnten Kriterien bestimmt werden um Prioritäten für Wartelisten zu definieren. Dies könnte mittels Punktesysteme oder Systeme zur Prioritätensetzung erfolgen. ÄrztInnen könnten in die Entwicklung der Kriterien eingebunden werden. Möglichkeiten der Unterbringung von PatientInnen in nicht ausgelasteten Gesundheitseinrichtungen sollten im Zuge einer Evaluierung der Fehlversorgung (Fehlkapazität), die sich durch eine Überversorgung oder Unterversorgung äußert, für das gesamte österreichische Gesundheitssystem untersucht werden.

⁶⁸ Nähere Informationen dazu sind im Abschnitt 1.4.3 des Kapitels 2 zu finden.

⁶⁹ Unterricht am Bett des Patienten (früher aktiver PatientInnenkontakt)

⁷⁰ Hofmarcher, M., Rack, H.M. (2006). Health Care Systems in Transition. Austria. Copenhagen, World Health Organisation im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies.

⁷¹ für nähere Information siehe Abschnitt 6.4 im Kapitel 2

- Um Wartezeiten für Bedürftige zu reduzieren könnten bei der Prioritätensetzung Kriterien wie das Risiko des Auftretens von Komplikationen oder die Sterbewahrscheinlichkeit berücksichtigt werden. Systeme zur Definition von Prioritäten sollten transparent und effizient sein.
- Zusätzliche Qualitätsindikatoren und standardisierte Messgrößen für Wartezeiten könnten entwickelt und nach einiger Zeit veröffentlicht werden um die Transparenz zu erhöhen und Empowerment von PatientInnen zu unterstützen.

Public Health Programme: In den vergangenen zehn Jahren ist dem Thema Prävention in Österreich vermehrt Aufmerksamkeit zuteil geworden. Initiativen wie beispielsweise das Mammographiescreening wurden zwischen 2006 und 2008 im Burgenland, Vorarlberg, Wien und Salzburg gestartet. Im Zuge dessen sollen Frauen der Altersgruppe 50 bis 69 Jahre alle 2 Jahre untersucht werden.

Empfehlung

- Um die Effektivität des österreichischen Gesundheitssystems zu verbessern soll zusätzliche Evidenz über den kurz- und langfristigen Erfolg oder Misserfolg von Public Health Programmen und Interventionen gesammelt werden. Zusätzlich sollte erhoben werden, ob ein Programm für das jeweilige epidemiologische Setting, Gesundheitssystem oder den kulturellen Kontext geeignet ist. Im Speziellen sollte das neue Mammographiescreening Programm hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Kosten-Wirksamkeit evaluiert werden. Eine Ausweitung auf andere Krankheitsbereiche sollte, basierend auf den Ergebnissen der Evaluierung und internationaler Evidenz, in Betracht gezogen werden.

Institutionelle Ebene

In Österreich besteht keine Transparenz über Qualitätsaktivitäten und die Qualität der von LeistungserbringerInnen angebotenen Leistungen. Einige Einzelpersonen oder Institutionen veröffentlichen qualitätsrelevante Informationen auf ihren Webseiten, diese stellen jedoch eine Ausnahme dar. Befragte Stakeholder/EntscheidungsträgerInnen waren der Meinung, dass die Inanspruchnahme erbrachter Leistungen sowie die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von LeistungserbringerInnen ziemlich transparent seien. Im Gegensatz dazu beurteilten sie die Finanzierung von Gesundheitsleistungen im österreichischen Gesundheitssystem, Zuständigkeiten im Gesundheitssystem oder die Qualität der GesundheitsdienstleisterInnen und –leistungen als weniger transparent. Rund 40% der interviewten ExpertInnen gaben an, dass Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen entweder nicht oder nur selten transparent wären.

Bislang findet man in Österreich nur wenig offizielle Informationen über die Qualität von LeistungserbringerInnen bzw. Gesundheitseinrichtungen oder über die Qualität von Gesundheitsleistungen. Einige LeistungserbringerInnen veröffentlichen auf ihrer Webseite Informationen (z.B. über verwendete Qualitätsmanagementmodelle, Qualifikationen, barrierefreien Zugang, Interventionen und Komplikationsraten etc.). Im Zuge der Studie wurde eine Vielzahl von Stakeholdern/EntscheidungsträgerInnen und ExpertInnen über eine Publikation qualitätsrelevanter Daten befragt. Die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen über LeistungserbringerInnen (Ausbildung, Qualifikationen, Strukturdaten oder die Ausstattung der Ordination) oder über Leistungen (Publikation des Leistungsangebotes, von Leistungskatalogen, Tarifen bzw. Preisen, der Vergütung oder zu tragenden Selbstbehalten) wird von den meisten InterviewpartnerInnen als eine gute Idee erachtet. ÄrztInnen zeigten zum Teil eine sehr zurückhaltende Einstellung.

Meinungen über die Veröffentlichung von Ergebnissen von PatientInnenumfragen waren sehr gemischt; vor allem LeistungserbringerInnen, aber auch LändervertreterInnen vertraten hier sehr unterschiedliche Standpunkte. Der Vorschlag Daten zu Outcomes zu veröffentlichen (z.B. Mortalitätsstatistiken, Komplikationsraten oder die Anzahl an Wiederaufnahmen) begegnete ebenfalls gemischten Gefühlen, wobei vor allem ÄrztInnen diese kundtaten oder der Meinung waren, dass dieser Schritt eine schlechte Idee wäre. KrankenanstaltenvertreterInnen, PatientInnen und LändervertreterInnen vertraten innerhalb ihrer eigenen Gruppe unterschiedliche Meinungen. VertreterInnen der Sozialversicherung äußerten hinsichtlich der

Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen über LeistungserbringerInnen und Outcomes eine sehr positive Meinung, waren jedoch bei der Publikation von Qualitätsinformationen über Leistungen oder die Ergebnisse von PatientInnenumfragen skeptisch. Gemäß der Rückmeldungen der InterviewpartnerInnen müssten vor einer Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen noch einige Kriterien erfüllt werden.

Empfehlungen

- Um Transparenz zu fördern könnten die Qualitätsaktivitäten der LeistungserbringerInnen (Informationen über angewendete Qualitätsmanagementsysteme und adoptierte Standards) erfasst und einem ausgewählten Publikum zugänglich gemacht werden.
 - o Zu einem späteren Zeitpunkt könnte die öffentliche Publikation tatsächlicher Qualitätsindikatoren in Erwägung gezogen werden (siehe Vor- und Nachteile im Abschnitt „Regulatorische Ebene“, Seite 28).
 - o Organisationsstrukturen von Krankenanstalten könnten in Hinblick auf ihre Fähigkeit eine Qualität der Versorgung sicherzustellen evaluiert werden.

Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen in Krankenanstalten beruht auf §5b (4) des Kranken- und Kuranstaltengesetzes, welches besagt, dass jedes Krankenhaus verpflichtet ist eine Qualitätssicherungskommission zu gründen. Die Zusammensetzung der Kommission (GruppenteilnehmerInnen) ist gesetzlich vorgegeben. Inzwischen haben alle oder nahezu alle Krankenanstalten derartige Kommissionen eingesetzt. Zum Teil werden die Aktivitäten der Kommissionen in Form von Berichten oder im Internet veröffentlicht. Gemäß den Aussagen von KrankenanstaltenvertreterInnen sind die von den Kommissionen unternommenen Aktivitäten sehr heterogen. Die Bandbreite zieht sich von der knappen Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen bis hin zu sehr motivierter und wirksamer Qualitätsarbeit.⁷²

Empfehlungen

- Die Wirksamkeit der Aktivitäten von Qualitätssicherungskommissionen hinsichtlich deren Potential bei der Erzielung einer Verbesserung von Gesundheitsoutcomes könnte gesteigert werden.
 - o Erfolgreiche Initiativen könnten als Best Practice Modelle fungieren.
- Die Transparenz von im Krankenhaus stattfindenden Aktivitäten sollte angeregt werden.
 - o Um die Moral des Personals zu steigern und Qualitätsoptionen zu fördern, könnten Initiativen und Mitwirkung von MitarbeiterInnen aller Organisationsebenen begünstigt werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Norwegen - *Specialist Health Care Act*⁷³

In Norwegen sieht das Gesetz zur Regelung der fachärztlichen Versorgung (*Specialist Health Care Act*) vor, dass jedes Krankenhaus als Teil seines vorgeschriebenen internen Kontrollsystems eine Qualitätssicherungskommission einrichten muss. Für den niedergelassenen Bereich besteht kein vergleichbares Erfordernis. Die Funktion der Kommission unterscheidet sich je nach Spital. Zusätzlich haben einige Gesundheitseinrichtungen in jeder Abteilung Unterausschüsse für Qualität etabliert. Üblicherweise initiiert und fördert eine derartige Kommission Qualitätsstandards im Krankenhaus. Kommissionen sind jedoch nicht selbst für Qualität verantwortlich, die Hauptverantwortung liegt bei der Führung (*line management organisation*), beginnend mit dem/der Arzt/Ärztin und der/dem Schwester/Pfleger die/der den/die Patienten/Patientin aufnehmen bis hin zum LeiterIn der Abteilung und dem/der Direktor/Direktorin der Krankenanstalt. Das Gesetz zur Regelung der fachärztlichen Versorgung besagt, dass es auf jeder Organisationsebene zumindest eine verantwortliche Person geben muss (siehe Kapitel 1, §1.4 Norwegen).

Die Zufriedenheit der PatientInnen mit den LeistungserbringerInnen und Einrichtungen im Gesundheitswesen ist in Österreich sehr hoch. BürgerInnen haben ein großes Vertrauen in die LeistungserbringerInnen (Eurobarometer Erhebung). Gemäß den Rückmeldungen der Krankenanstalten auf die im Zuge dieser Studie an sie im Juli 2007 ausgesendeten Fragebögen wird die Zufriedenheit der PatientInnen von ihnen allen erhoben. Befragungen werden laufend vorgenommen. Einige

⁷² Für nähere Details zu dem Thema wird auf den Abschnitt 5.6.3 des Kapitels 2 verwiesen.

⁷³ Gesetz zur Regelung der Versorgung durch FachärztInnen

Krankenanstaltengesellschaften verwenden (bzw. haben in der Vergangenheit) einheitliche Instrumente zur PatientInnenzufriedenheitsmessung verwendet. Dies trifft z.B. auf Krankenanstalten in Niederösterreich oder in Vorarlberg zu. Bei der Erfassung von PatientInnenzufriedenheit wäre es nützlich zwischen PatientInnen, die eine Akutbehandlung in Anspruch nehmen, und PatientInnen, die an chronischen Krankheiten leiden, zu differenzieren.

Ein durchgängiges Verfahren zur Beurteilung der PatientInnenzufriedenheit in Arztpraxen wurde vom Institut für Medizinische Qualitätssicherung in Oberösterreich entwickelt. Bei der Krankenanstaltenumfrage gaben 70% der rückmeldenden Krankenanstalten an, dass sie MitarbeiterInnenbefragungen durchführen. Dieser Wert entspricht in etwa den Ergebnissen einer Befragung aus dem Jahr 2004, in welcher 64% der Krankenanstalten behaupteten MitarbeiterInnenbefragungen vorzunehmen. Damals meinten 10%, dass sie in der Zukunft vorhatten Befragungen durchzuführen. Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband geben im Zuge ihrer zahlreichen Projekte Befragungen der Versichertenbevölkerung in Auftrag. Seit 2003 beauftragt der Hauptverband jedes Jahr eine Erhebung über die PatientInnenzufriedenheit bei den KonsumentInnen (siehe Abschnitt 6.2 im Kapitel 2).

Empfehlungen

- Eine standardisierte Umfrage zur regelmäßigen Erhebung der PatientInnenzufriedenheit könnte entwickelt werden wobei zwischen Krankenanstalten und Arztpraxen unterschieden werden könnte. Nationale Beispiele sind einerseits die vom Institut für Medizinische Qualitätssicherung in Oberösterreich bei Arztpraxen durchgeführte Befragung (siehe weiter oben) sowie andererseits die im Zuge des Projektes „Qualität in Krankenanstalten“, QIK, vorgenommene Erhebung der PatientInnenzufriedenheit in Spitälern. Diese Initiativen müssten allerdings noch, ehe sie als Best-Practice Modelle verwendet werden, einer externen Evaluierung unterzogen werden.
- Regelmäßige standardisierte Umfragen bei NutzerInnen von durch die soziale Krankenversicherung angebotenen Leistungen könnten in Auftrag gegeben werden. Diese würden Informationen über die Bedürfnisse und Wünsche der KonsumentInnen zutage bringen. Die Sozialversicherung könnte von den Erfahrungen ihrer Versicherten profitieren und die Ergebnisse dazu verwenden um KonsumentInnenschutzziele zu definieren.
- Die regelmäßige Durchführung von MitarbeiterInnenbefragungen könnte angeregt werden um das Arbeitsumfeld zu verbessern und die MitarbeiterInnenzufriedenheit zu steigern.

Die Kontinuität der Versorgung in Österreich wird, wie bereits ein paar Mal in dem Bericht erwähnt wurde, aufgrund der fragmentierten Finanzierungs- und Leistungserbringungsstruktur nur in einem eingeschränkten Ausmaß sichergestellt. Dadurch treten an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Probleme auf. Auch für PatientInnen, die Sozialleistungen benötigen, oder Leistungen in Zusammenhang mit Rehabilitation oder Pflege folgend einem Spitalsaufenthalt, kann dies problematisch sein. Vor allem multimorbide PatientInnen sind davon betroffen.

Empfehlungen

- Medikamentenlisten von PatientInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen sollten überprüft werden.
- Eine Datenbank für besonders kostenintensive PatientInnen könnte geschaffen werden (multimorbide PatientInnen und PatientInnen mit speziellen chronischen Erkrankungen); solchen PatientInnen könnte ein ÄrztInnenteam zugeteilt werden.
- Die freie Arztwahl sollte, soweit möglich, erhalten bleiben, da sie für PatientInnen ein wichtiger Qualitätsaspekt ist.

ZahlerInnenebene

Auch in der Sozialversicherung hat Qualitätsmanagement an Bedeutung gewonnen. Krankenversicherungsträger organisieren diverse Qualitätsprojekte, die sich mit den folgenden Themen auseinandersetzen: integrierte Versorgung, Disease Management, Case Management, Risikomanagement, Screening, Prävention, Qualität von PAP-Abstrichen, Organisation von Recall-Systemen, Impfen, Definition

von Standards, Pharmaökonomie und Maßnahmen zur PatientInnenzufriedenheit. Viele dieser Initiativen werden in Form von Pilotprojekten getestet.

Empfehlung

- Laufende Qualitätsinitiativen und Modellprojekte der Sozialversicherung könnten evaluiert werden. Die Sozialversicherung könnte die im Zuge der e-card und der Abrechnung gesammelten Daten verwenden um den Erfolg oder Misserfolg von Disease Management Programmen zu bewerten.

Das erste Disease Management Programm für Diabetes Typ II wurde 2006 in Österreich in verschiedenen Modellregionen umgesetzt. Derzeit können PatientInnen in der Steiermark, Niederösterreich, Salzburg und Wien sich bei ihrer/ihrer Ärztin/Arzt für das Programm einschreiben. Als nächster Schritt ist die nationale Umsetzung geplant.

Empfehlungen

- Bestehende Disease Management Programme (z.B. Therapie Aktiv – Disease Management Steiermark, das Disease Management Programm in der Steiermark) könnte einer externen Evaluierung unterzogen werden. Weitere Programme könnten entwickelt werden.
- Die Sozialversicherung sollte ihre Rolle im Bereich Disease Management und Case Management für multimorbide PatientInnen definieren. Krankenversicherungsträger könnten bei der Koordinierung der Versorgung mit verschiedenen LeistungserbringerInnen und sozialen Einrichtungen eine unterstützende Rolle einnehmen.

Zwischen Mai und November 2005 fand der nationale Rollout der e-card in Österreich statt (Ausgabe von rund 8,1 Millionen Karten). Mit Jänner 2006 hatten alle Versicherten ihre e-card erhalten. Die e-card verbindet alle VertragsärztInnen in einem System, welches derzeit erweitert wird, um weitere LeistungserbringerInnen wie Krankenanstalten und Ambulanzen einzubinden. Ziel ist es, alle LeistungserbringerInnen zu erfassen. Die sichere Übertragung von Daten wird durch mehrere Signaturfunktionen gewährleistet. In einem ersten Schritt ersetzt die e-card nur den Papier-Krankenschein und dient dem Nachweis der Anspruchsberechtigung⁷⁴ des/der Patienten/Patientin gegenüber dem Krankenversicherungsträger und dem/der Vertragsarzt/Vertragsärztin bei einer Inanspruchnahme von durch VertragsärztInnen erbrachten Leistungen. In Zukunft soll die e-card der zentrale Zugangsschlüssel zu Leistungen der Sozialversicherung und Leistungen im gesamten Gesundheitssystem sein. Die e-card Infrastruktur wird auch für die Verwaltung des Arzneimittelbewilligungsservices (ABS), einer der Verschreibung bestimmter Arzneimittel vorgelagerten Bewilligung genutzt. Eine weitere Leistung könnte die Verwaltung der e-Rezepte sein.

Empfehlungen

- Die e-card könnte dazu verwendet werden um Informationen über Medikamentenverschreibungen, Überweisungen und Bevölkerungsoutcomes zu erheben.
- Die e-card könnte hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Kontinuität der Versorgung, die Effizienz und weiterer Effekte die sie auf die Einführung oder Nutzung von Leistungen hat, evaluiert werden (z.B. gehäufte Inanspruchnahme von FachärztInnen).

Alle ÖsterreicherInnen ab 18 Jahre haben einmal im Jahr Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung. Etwa 12,4% der Bevölkerung machen jährlich davon Gebrauch. Im Schnitt gehen PatientInnen alle drei Jahre, was soviel bedeutet dass etwa 40% der österreichischen Bevölkerung erfasst werden. Der Hauptverband und die Österreichische Ärztekammer haben sich auf die Definition eines neuen Vorsorgeprogramms geeinigt, welches auf Kriterien evidenzbasierter Medizin beruht. Das überarbeitete Programm wurde im Oktober 2005 eingeführt. Die Einrichtung von Recall-Systemen ist geplant und soll die Teilnahme fördern.

⁷⁴ Die Überprüfung erfolgt in Echtzeit

Empfehlung

- Das neue evidenzbasierte Vorsorgeprogramm spiegelt die zunehmende Bedeutung präventiver Medizin wider. Um die wirkungsvolle Beobachtung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen sollte dieses Programm einer externen Kontrolle und Evaluierung unterzogen werden.

PatientInnenebene

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in Österreich hoch. Die ÖsterreicherInnen zeigen ein besonderes Vertrauen in ihre GesundheitsdienstleisterInnen.

Empfehlung

- Die Aufrechterhaltung des Vertrauens der Bevölkerung ist von großer Bedeutung. PatientInnen sollen nicht durch eine verfrühte Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen verunsichert werden. Auch wenn momentan von Seiten der Bevölkerung kein Ruf nach einer Reform zur Steigerung der Qualität der Versorgung kommt, so könnte es dennoch sein, dass diesem Aspekt zukünftig mehr Bedeutung zukommt. Derzeit unternommene Schritte zur Verbesserung der Qualität sollen sicherstellen, dass das öffentliche Vertrauen erhalten wird. Sollten der Öffentlichkeit jetzt negative Berichte oder Informationen über schlechte LeistungserbringerInnen zugetragen werden könnte es sein, dass diese Informationen missverstanden oder falsch interpretiert werden und dadurch ungerechtfertigte öffentliche Besorgnis erregt wird.
 - o Andere Länder haben, nachdem sie die ersten Schritte zur Qualitätsverbesserung unternommen hatten, und nachdem die Öffentlichkeit sich in das Verfahren eingebracht hatte, indem sie die Nachfrage nach weiteren öffentlichen Informationen anregte, ein großes Ausmaß an qualitätsrelevanten Informationen veröffentlicht.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – *Patient Safety Watchdog groups*⁷⁵

Jede der größeren Provinzen hat eine Organisation zur Überwachung der Versorgungsqualität und/oder der PatientInnensicherheit eingerichtet (*watchdog organisation*). Bei kleineren Provinzen und Territorien ist diese Verantwortung der Gerichtsbarkeit der lokalen Gesundheitsministerien überantwortet (Ministerien der Provinzen oder Territorien). Die eben angeführten Organisation kooperieren häufig mit nationalen und internationalen Initiativen wie SHN! (*Safer Healthcare Now!*), dem HCoC (*Health Council of Canada*) und dem *US Institute for Healthcare Communications*.⁷⁶ In ihrem Zuständigkeitsbereich liegen die Messung von Qualität mittels Umfragen und die Überführung der Ergebnisse in praktische Anwendungsbeispiele. Letzterer Schritt erfolgt üblicherweise durch Schulungsprogramme für lokale GesundheitsdienstleisterInnen. Ergebnisse wurden auch in das theoretische Rahmenwerk zur Konzeptualisierung von Qualität im Gesundheitswesen integriert. Für die Unterstützung von WissenschaftlerInnen, deren Projekte mit den Prioritäten der Watchdog-Organisation übereinstimmen, werden finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien Kanada §4.1).

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – siehe auch *Ontario Local Health Integration Networks*⁷⁷

Im Zuge des *Local Health System Integration Act 2006* (LHSIA)⁷⁸ wurde Ontario in 14 lokale Gesundheitsintegrationsnetzwerke (LHINs) unterteilt. LHINs sind nicht auf Profit ausgerichtete Firmen die mit lokalen LeistungserbringerInnen und Gemeindemitgliedern zusammenarbeiten um die Prioritäten ihrer lokalen Bevölkerung zu definieren und eine Integration von Leistungen zu erleichtern. Dadurch soll die Effizienz und Wirksamkeit bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen gesteigert werden. Während PatientInnen weiterhin der Zugang zu Leistungen die außerhalb ihres lokalen LHIN angeboten werden, gestattet ist (in Abstimmung mit dem Kanadischen Gesundheitsgesetz), sind LHINs dazu gedacht die

⁷⁵ Gruppen zur Überwachung der PatientInnensicherheit

⁷⁶ Amerikanisches Institut für Kommunikation im Gesundheitswesen

⁷⁷ Lokale Gesundheitsintegrationsnetzwerke in Ontario

⁷⁸ Gesetz zur lokalen Integration des Gesundheitswesens

Koordination der Versorgung und das Systemmanagement auf lokaler Ebene zu optimieren (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien Kanada §6).

III Empfehlungen zu Anreizmechanismen

Für eine detaillierte Analyse zur Verwendung von Anreizmechanismen wird auf den letzten von der LSE im vorangegangenen Jahr erstellten Bericht über Anreizmechanismen und Honorierungssysteme verwiesen.⁷⁹

Leistungserbringerebene

VertragsärztInnen werden in Österreich von den Krankenversicherungsträgern honoriert. Erbrachte Leistungen werden, mit Ausnahme von Vorarlberg, direkt zwischen dem entsprechenden Krankenversicherungsträger und dem/der Vertragsarzt/Vertragsärztin abgerechnet; dieses Verfahren nennt sich einstufige Honorierung. Die gesetzliche Grundlage der Honorierung bildet §342 para.2 ASVG in welchem geregelt wird dass die Honorierung auf Basis eines Einzelleistungssystems zu vereinbaren ist. Die gleiche Regelung besagt dass Gesamtverträge eine Ausgabenobergrenze der Krankenversicherungsträger vorsehen sollen. In Vorarlberg wird die Honorierung der ÄrztInnen zwischen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Vorarlberger Ärztekammer in Form eines zweistufigen Honorierungsverfahrens abgewickelt. Die Gesamtsumme der Honorare unterliegt einer Deckelung.

ÄrztInnen die einen Vertrag mit der sozialen Krankenversicherung unterzeichnet haben werden üblicherweise durch ein gemischtes System vergütet, welches auf einer Einzelleistungsvergütung basiert und durch eine pauschale Zahlung (pro PatientIn, für eine bestimmte Zeitspanne), auch Grundleistungsvergütung genannt, ergänzt wird. Sonderleistungen werden ebenfalls vergütet. Die meisten Krankenversicherungsträger vergüten ihre VertragspartnerInnen durch eine vierteljährliche Pauschalzahlung, die unabhängig von der Anzahl der in diesem Zeitraum erfolgten Konsultationen ist. Dadurch wird das Risiko hinsichtlich der Anzahl der Arztbesuche innerhalb eines Quartals teilweise an den/die Arzt/Ärztin übertragen. Alle Krankenversicherungsträger leisten bestimmte Zahlungen pro Konsultation (zusätzlich zu der anfänglichen Pauschalzahlung und üblicherweise in einer begrenzten Höhe). Der Anteil der Pauschalleistung (an der Gesamtvergütung) variiert je nach Krankenversicherungsträger und kann auch in Abhängigkeit von dem Fachgebiet des/der Arztes/Ärztin unterschiedlich hoch sein.

ÄrztInnen für Allgemeinmedizin generieren den Großteil ihres Einkommens durch Pauschalzahlungen. FachärztInnen werden hingegen auf Basis von Einzelleistungen honoriert. Die Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger in Österreich weisen große Unterschiede auf. Diese sind im Laufe vieler Jahre durch Verhandlungen zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern und den regionalen Ärztekammern entstanden. Honorarordnungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Struktur, den Begriffbezeichnungen, Leistungscodes und der Anzahl der enthaltenen Leistungen.

Empfehlung

- Honorierungssysteme von LeistungserbringerInnen können in Hinblick auf ihre Auswirkungen auf Ausgaben und Outcomes evaluiert werden. Potentielle Reformen der bestehenden Systeme könnten angeregt werden um Anreize für Qualitätsverbesserungen und Produktivitätssteigerungen zu schaffen

Institutionelle Ebene

Am 1. Jänner 1997 wurde ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für Krankenanstalten, die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, kurz LKF, eingeführt welche die ursprüngliche Krankenanstaltenfinanzierung auf Basis undifferenzierter Tageszahlungen ablöste. Diese Maßnahme ermöglichte eine größere Transparenz hinsichtlich tatsächlich entstandener Kosten.

Während der Bund und die Länder fixe Beiträge und definierte Anteile der Mehrwertsteuer leisten, zahlt die Sozialversicherung Pauschalzahlungen gemäß §447 para.1 ASVG an die öffentlichen Krankenanstalten. Auf

⁷⁹ Mossialos, E., Merkur, S., Ladurner, J. et. al. (2006). "Incentives and payment systems"

der regionalen Ebene variiert die Vorgangsweise erheblich. Von der Pauschalzahlung sind jene Krankenanstaltenleistungen gedeckt, die für Personen mit sozialer Krankenversicherung in Form von stationären, halb-stationären, tagesklinischen oder ambulanten Leistungen erbracht werden. Darüber hinausgehende Ausgaben der Krankenanstalten müssen von den Ländern, Gemeinden und/oder Krankenanstaltenträgern beglichen werden.

Empfehlung

- Es wäre hilfreich weitere Untersuchungen zu den Auswirkungen der reformierten Krankenanstaltenfinanzierungssysteme auf die Qualität vorzunehmen. Das neue leistungsorientierte Finanzierungssystem solle vor allem in Hinblick auf DRG-creep und den Einfluss auf Gesundheitsoutcomes beobachtet und extern evaluiert werden.

SpitalsärztInnen erhalten üblicherweise vom Krankenanstaltenträger ein Gehalt. Dieses wird in der Regel jedes Monat ausgezahlt und besteht aus verschiedenen Teilen, nämlich dem Grundgehalt, den Sondergebühren (für die Behandlung privater PatientInnen) und der Vergütung für Dienste (Nacht- und Spritzendienste). Die Art und Höhe der Bezahlung variiert nicht nur auf der regionalen Ebene sondern auch nach Krankenanstaltenträger. In einigen Fällen haben im Spital angestellte ÄrztInnen den Status von BeamtInnen. Für diese kommen eigene Bestimmungen zur Anwendung. Der Anteil des Gehalts, der durch Sondergebühren generiert wird (durch die Versorgung von PatientInnen die in der Sonderklasse untergebracht sind) ist nicht für alle Krankenanstalten einheitlich geregelt. Private Sonderklassegebühren werden üblicherweise mittels eines Verteilungsschlüssels auf ÄrztInnen und andere StationsmitarbeiterInnen verteilt. Zahlungen können einen sehr beachtlichen Teil des Gehaltes ausmachen, vor allem bei leitenden ÄrztInnen. Von der Ärztekammer wurden Referenzwerte sowie Obergrenzen für Sondergebühren definiert.

Angestellte ÄrztInnen sowie andere GesundheitsdienstleisterInnen dürfen, zusätzlich zur Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen, auf selbständiger Basis in Ordinationen arbeiten oder anderen Beschäftigungen nachgehen. In diesem Zusammenhang können arbeitsrechtliche Einschränkungen relevant werden.⁸⁰

Empfehlung

- Vergütungsmechanismen für ÄrztInnen in Krankenanstalten könnten in Hinblick auf ihre Auswirkungen auf das ärztliche Verhalten in Zusammenhang mit der Behandlung von PrivatpatientInnen und der Verrichtung zusätzlicher Tätigkeiten, welche einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung haben könnten, untersucht werden. Daten zur potentiellen Risikoselektion durch LeistungserbringerInnen auf Basis von PatientInnencharakteristika und der Zugehörigkeit eines Individuums zu einem bestimmten Krankenversicherungsträger könnten erhoben werden.

ZahlerInnenebene

Sozialversicherungsträger ziehen zunehmend, als Teil ihrer Vergütungsstrategien, die Verwendung finanzieller- und nicht finanzieller Anreizmechanismen in Erwägung. Bislang existiert eine begrenzte Anzahl an Anreizmechanismen; diese betreffen beispielsweise die Möglichkeit zur Verrechnung bestimmter Leistungen, sofern der/die Arzt/Ärztin definierte Voraussetzungen erfüllt (z.B. in Zusammenhang mit seiner/ihrer Ausbildung/Qualifikation, Ausstattung (der Ordination), Verordnung von Medikamenten oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln⁸¹). Weitere Anreize beinhalten Informationen für LeistungserbringerInnen, Medikamentenabkommen oder die Gewährung von Unterstützung bei der Anschaffung von IT-Ausstattung. Anreize zur Leistungsausweitung, die in Zusammenhang mit Vergütungsmechanismen (Einzelleistungsvergütung) auftreten, wird durch Maßnahmen wie Limitierungen, degressiver Honorierung oder Pauschalzahlungen entgegengewirkt. Das Verhalten von LeistungserbringerInnen wird laufend gemonitort.

⁸⁰ Für nähere Informationen siehe Abschnitt 6.2.3.4 des Kapitels 2.

⁸¹ Die Wiener Gebietskrankenkasse etwa vergütet die Position 761 ihrer Honorarordnung wenn der/die Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin an Drogenqualitätszirkeln teilnimmt (zumindest 2 Mal im Jahr).

Empfehlungen

- Für besonders gute LeistungserbringerInnen bzw. für herausragende Leistungen könnte die Definition von Anreizen in Form von Bonuszahlungen oder nicht finanziellen Prämien in Betracht gezogen werden.
- Outcome-Ziele bestimmter Krankheitsbilder könnten an finanzielle oder nicht-finanzielle Anreize gekoppelt werden.
- Die Verträge der sozialen Krankenversicherungsträger könnten mehr Anreize für Qualitätsverbesserungen und/oder herausragende Leistung beinhalten:
 - o Die Rahmenbedingungen könnten an jene der Medikamentenabkommen angelehnt sein.
 - o Im Vertrag enthaltene Anreize könnten ausgeweitet werden um Disease Management Programme und Programme zur Förderung der Kontinuität der Versorgung zu erfassen (Österreichisches Disasemanagement Programm).⁸²

INTERNATIONALES BEISPIEL: USA – *California Pay for Performance*⁸³

Das *pay-for-performance* (p4p) Programm der *Integrated Healthcare Association* (IHA) in Kalifornien ist eine der größten Initiativen zu ärztlichen Anreizmechanismen in den USA. An der Initiative nehmen mehr als 7 Gesundheitspläne (*health plans*) teil, welche mehr als 6 Millionen *Health Maintenance Organisation* (HMO) Mitglieder umfassen. Der Großteil der Qualitätsmaßnahmen wurde von dem HEDIS (*Health Plan Employer Data and Information Set*) des *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) übernommen, eines der am weitesten verbreiteten Sets zur Leistungsmessung im Bereich der Managed Care Branche. Durch die Definition eines standardisierten Indikatorensets zur Leistungsmessung werden die Validität und Verlässlichkeit von Qualitätssicherungsaktivitäten gestärkt und Vergleiche ermöglicht. Wie bei jeder Qualitätsberichterstattung dient dies der Erfüllung zweier Zwecke: Zum einen wird eine „Scorecard“ produziert, mittels derer PatientInnen informierte Entscheidungen über LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen treffen können. Zum anderen können die Messgrößen aufgrund ihrer Standardisierung als Grundlage für Zahlungen an ÄrztInnengruppen und unabhängige Ordinationsgemeinschaften verwendet werden. Diese öffentlich verfügbaren Qualitätsmaße, die in bei der Vergütungskalkulation berücksichtigt werden, stellen daher einen Marktmechanismus dar, welcher Qualitätsverbesserungen anregt (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien, USA §2).

INTERNATIONALES BEISPIEL: USA – Medicare – Anreizmechanismen

Medicare setzt gegenwärtig negative Anreize ein. Krankenanstalten, die bestimmte Messgrößen nicht melden, erhalten eine finanzielle Strafe – für das Finanzjahr 2007 kommt es zu einem Abschlag von 2 Prozentpunkten von ihrem jährlichen Medicare Honorar. Medicare hat eine leistungsabhängige Bezahlung für Krankenanstalten jedoch auch durch die *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration*⁸⁴ erprobt, im Zuge derer Krankenanstalten für ihre Leistung hinsichtlich ausgewählter Qualitätsmessgrößen, welche für stationäre PatientInnen mit bestimmten Krankheitsbildern definiert wurden, Bonuszahlungen erhalten. Die Krankheitsbilder sind: Herzinfarkt, Herzversagen, Lungenentzündung, Bypass, Hüft- und Knieprothesen. Als Teil dieser Übersicht werden jährlich für jedes teilnehmende Krankenhaus zusammengesetzte Punktwerte errechnet. Diese werden anschließend in Dezile unterteilt um die leistungsstärksten Krankenanstalten (*Top Performer*) für jedes Krankheitsbild zu identifizieren. Bei jedem Krankheitsbild werden alle Krankenanstalten in den obersten 50% als *Top Performer* bezeichnet, jene in den Top 20% erhalten einen finanziellen Bonus. Mit Ende der Gegenüberstellung erwartet man sich, dass teilnehmende Krankenanstalten im ersten Jahr eine Leistungsverbesserung zeigen; im dritten Jahr erhalten Krankenanstalten niedrigere Zahlungen, sollten sie mit ihren Punkten unter der im ersten Jahr für die untersten 20% der Krankenanstalten definierten medizinischen Grenze liegen. Darüber hinaus ist es wichtig zu bedenken:

Schrittweise Umsetzung; beginnend mit ein paar wenigen Maßnahmen; Berücksichtigung eines angemessenen Risikoanpassungsmechanismus; wenn das Programm/die Initiative komplexer wird, sollen höhere finanzielle Anreize vorgesehen werden; das Programm sollte mit dem übergeordneten Budget abgestimmt werden; Qualitätsmaßnahmen sollten unterschiedliche Qualitätsdimensionen berücksichtigen;

⁸² für nähere Informationen wird auf Kapitel 2, Abschnitt 6.3 verwiesen

⁸³ Kalifornien – Leistungsabhängige Honorierung (Zahlung für Leistung)

⁸⁴ Qualitätsanreiz für erstklassige Spitäler

ZahlerInnen sollten die Initiative ergreifen und in Forschung investieren um das Programm zu definieren und um die langfristigen Auswirkungen zu bewerten (siehe Kapitel 1, Anhang Medicare Fallstudie §C).

INTERNATIONALES BEISPIEL: England – NHS, Quality and Outcomes Framework

Arztpraxen erhalten für das Erfüllen bestimmter Qualitätsindikatoren Punkte. Der Wert jedes erhaltenen Punktes macht für die Ordination rund £120 aus. Das bedeutet, dass eine Ordination jedes Jahr einen zusätzlichen Verdienst von £126.000 erwirtschaften kann. Zwar ist dieser Betrag für Investitionen in Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung gedacht, der verbleibende Anteil kann jedoch vom/von der Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin einbehalten werden. Obwohl eine Teilnahme nicht verpflichtend ist kann das Nichtteilnehmen eine Ordination in eine schwierige finanzielle Lage bringen (siehe Kapitel 1, §5.1.9).

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – Anreizmechanismen für Präventivmedizin in Ontario

In Ontario wurde für niedergelassene ÄrztInnen in Gruppenpraxen ein gemischtes Honorierungsmodell eingeführt (bzw. ein auf Kopfpauschale beruhendes System mit ‘carve-outs’⁸⁵). Für einen bestimmten Leistungskorb wird eine Kopfpauschale bezahlt, zusätzliche Anreizzahlungen (bis zu einer Höchstgrenze von je CAD\$2.200) werden für präventive Versorgung geleistet. Wie Grippeimpfungen, Kinderimpfungen, Gebärmutterhals (PAP)-Abstriche, Mammographien und Tests auf Blut im Stuhl (FOBT). Diese Initiativen sind dazu gedacht die Frequenz der präventiven Leistungen zu steigern (siehe Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien Kanada §5.2).

PatientInnenebene

Wie bereits zuvor erwähnt, wünschen sich einige PatientInnen eine stärkere Einbindung in den Entscheidungsfindungsprozess. Einer jener Aspekte auf die PatientInnen, die PatientInnenanwälte aufsuchen, am häufigsten hinweisen ist der Mangel an Kommunikationsfähigkeiten von LeistungserbringerInnen. Bis vor kurzem hat das Medizincurriculum keine explizite Ausbildung für die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten vorgesehen; das neue Curriculum wählt einen innovativeren Zugang und stärkt die Rolle des „bedside teaching“. Darüber hinaus werden StudentInnen mittels kleiner Arbeitsgruppen medizinische Kommunikationsfähigkeit näher gebracht.⁸⁶

PatientInnengruppen/-vertretungen und Selbsthilfegruppen nehmen im österreichischen Gesundheitswesen hinsichtlich der von ihnen für PatientInnen und Angehörige erbrachten Leistungen eine wichtige Rolle ein. Sie haben für PatientInnnen eine Vertretungs- und eine Partnerstellung, im Zuge derer sie PatientInnen mit krankheitsbezogenen Informationen versorgen, LeistungserbringerInnenempfehlungen aussprechen oder den Austausch mit anderen, am gleichen Krankheitsbild leidenden Menschen unterstützen. Sie sind zunehmend in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse involviert und Teil formaler Ausschüsse. Die Finanzierung ist regional verschieden. Manchmal erhalten die Gruppen Subventionen von der pharmazeutischen Industrie. In Österreich gibt es mehr als 1.600 Selbsthilfegruppen.

Zwei Gebietskrankenkassen (Salzburg, Burgenland) haben Gesundheitsinformationszentren eröffnet. Diese versorgen die interessierte Öffentlichkeit mit Informationen über Krankheitsbilder, Sozialversicherungsleistungen, LeistungserbringerInnen und Behandlungsalternativen.

Empfehlungen

- Die Einbeziehung von PatientInnen in den Entscheidungsfindungsprozess könnte angeregt werden. Dies könnte durch die folgenden Maßnahmen unterstützt werden:
 - o Schulung der ÄrztInnen in Kommunikation

⁸⁵ Medizinische Leistungen, die nicht Teil des Vertrages sind und im Zuge einer anderen Vereinbarung honoriert werden

⁸⁶ Die Ausbildung von ÄrztInnen wird im Abschnitt 6.1.1 des Kapitels 2 beschrieben.

- o Stärkung der Rolle von PatientInnenorganisationen in Bezug auf die Bereitstellung gesundheitsbezogener Informationen an PatientInnen (über LeistungserbringerInnen, Behandlungen etc.).
- o Die gegenwärtige Rolle von Selbsthilfegruppen könnte analysiert, ihre zukünftige Rolle diskutiert werden. Die Unabhängigkeit ihrer Aktivitäten müsste sichergestellt werden.
- o Ausweitung der Anzahl an Sozialversicherungs-Gesundheitsinformationszentren.⁸⁷

⁸⁷ siehe die o.a. Informationszentren in Salzburg und im Burgenland und Abschnitt 3.3 im Kapitel 2

IV Empfehlungen zu administrativen Strukturen und Prozessen

Regulatorische Ebene

In Österreich können die hierarchischen Strukturen im Gesundheitssektor, vor allem in Krankenanstalten, sehr rigide sein. Die Verantwortungsbereiche verschiedener Berufsgruppen (z.B. ÄrztInnen, ÄrztInnen in Ausbildung, Krankenpflegepersonal, PflegeassistentInnen) sind sehr unterschiedlich. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sind TurnusärztInnen in Österreich häufig für Tätigkeiten zuständig, die anderenorts vom Krankenpflegepersonal verrichtet werden. Zu diesen Pflichten gehören z.B. die Blutabnahme, das Anlegen von Infusionen etc. ApothekerInnen sind kaum auf der Station tätig sondern arbeiten in Krankenanstaltenapotheken oder öffentlichen Apotheken. Bislang war ihre Interaktion mit verschreibenden ÄrztInnen relativ gering. Die Verordnung generischer Substanzen wird nicht unterstützt, die generische Substitution nicht gestattet. Die Verordnung generischer Substanzen bezieht sich auf jene Verschreibungen von Medikamenten bei denen der/die Arzt/Ärztin den generischen Namen des Medikaments anführt anstelle des Namens der Herstellerfirma des Medikaments.

Empfehlungen

Die Rolle der LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen könnte re-evaluiert werden.

- o Die zukünftige Rolle von AllgemeinmedizinerInnen könnte im Zuge von Entwicklungen wie z.B. Diseasemanagement Programmen, diskutiert werden. Bei PatientInnen mit Ko-morbiditäten könnten AllgemeinmedizinerInnen verschiedene FachärztInnen koordinieren.
- o Vor allem in Krankenanstalten könnte eine Ausweitung der Rolle von PharmazeutInnen/ApothekerInnen und Pflegefachkräften in Erwägung gezogen werden.

Aufgrund der im österreichischen Gesundheitswesen vorherrschenden Fragmentierung könnte es in der Praxis dazu kommen, dass PatientInnen und Leistungen zwischen Leistungsbereichen hin und her verschoben werden. Manchmal werden Eingriffe oder Untersuchungen, häufig aus Absicherungsgründen, mehrfach vorgenommen, z.B. Untersuchungen durch den/die niedergelassenen/niedergelassene Arzt/Ärztin werden im Krankenhaus wiederholt.

Empfehlungen

- Die Rolle von Gesundheitseinrichtungen könnte re-evaluiert werden um zu beurteilen, ob die Versorgung in dem für sie am besten geeigneten Setting (mit der höchsten Kosten-Wirksamkeit) erbracht wird.
- Mögliche Potentiale für eine Substitution ambulanter- und stationärer Versorgung, könnten weiter untersucht werden (dabei sollte immer die Validität der unternommenen Vergleiche sichergestellt sein). Dies betrifft auch die Kooperation bei der Leistungserbringung bzw. die Integration von Leistungen.

Wie zuvor bereits erwähnt, sind der Austausch von Daten und die Verknüpfung von Informationssystemen im österreichischen Gesundheitssystem begrenzt. Operative Forschung wird intern von ZahlerInnen (z.B. der Sozialversicherung) oder von Forschungseinrichtungen betrieben, die Analysedaten käuflich erwerben. Die Verwendung angemessener Risikoanpassungsmaßnahmen erfolgt nur in einem sehr beschränkten Ausmaß.

Empfehlungen

- Eine Gruppe für Operations Research (OR) könnte eingerichtet werden um qualitätsrelevante Daten zu analysieren und sicherzustellen, dass geeignete Folgemaßnahmen eingeleitet werden. Bei der Einrichtung sollten die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:
 - o Bewertung, Analyse und Follow-up des bestehenden Systems zur Datenerhebung
 - o Die Gruppe könnte innerhalb des Gesundheitsministeriums oder dem Bundesinstitut für Qualität angesiedelt werden
 - o Sie könnte mit anderen Forschungseinrichtungen und Universitäten kooperieren
 - o Eine Analyse von Gesundheits-Outcomes muss eine Risikoadjustierung enthalten. Die Entwicklung eines Risikoanpassungsmodells, das in der PatientInnenpopulation auftretende Variationen genau abbildet, ist schwierig.

- o Eine Analyse muss die Problematiken der Herstellung einer kausalen Beziehung zwischen Variationen der Standards klinischer Praxis und schlechteren Gesundheits-Outcomes einbeziehen.
- o Es sollte ein Zielkorridor für akzeptable Leistung definiert werden. Ebenso sollte ein Prozedere für den Umgang mit jenen LeistungserbringerInnen, die den Korridor verfehle, festgelegt werden. Herausragende Leistungen sollten auf der anderen Seite gewürdigt werden

Die Fragmentierung der Finanzierung und Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitssystem könnte die Kontinuität der Versorgung einschränken. Das ist vor allem nach der Entlassung von PatientInnen aus dem Krankenhaus der Fall. In einer Umfrage, die bei österreichischen Krankenanstalten durchgeführt wurde, gaben Krankenanstalten jedoch an, dass bei Prozessen, die mit der Aufnahme und Entlassung von PatientInnen in Verbindung stünden ein hoher Grad an Standardisierung vorherrschen würde. Die Rückmeldungen deuten darauf hin, dass bei ungeplanten Aufnahmen (Notfällen) und der Überweisung von PatientInnen an Rehabilitationseinrichtungen noch Verbesserungspotential besteht.⁸⁸

Empfehlungen

- Die Integration von Leistungen zur Krankenbehandlung, von Leistungen zu Rehabilitation und von Sozialleistungen könnte gefördert werden.
- Die Abstimmung der Notfallversorgung (vor allem Krankentransporte) mit dem restlichen Gesundheitssystem könnte überlegt werden.

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den Gesundheitsausgaben treten in Österreich regionale Schwankungen auf. Eine nähere Untersuchung ist notwendig um Ungleichheiten in Form von Zugangsbarrieren und Gesundheits-Outcomes bewerten zu können.

Empfehlung

- Obwohl es bereits Hinweise darauf gibt, dass bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Zugangsbarrieren und Ungleichheiten bestehen, könnte weitere Forschung regionale Unterschiede bei dem Zugang zu Leistungen, den Kosten und den gesundheitlichen Outcomes untersuchen.

PatientInnenanwältInnen sind Einrichtungen zur Vertretung von PatientInnenrechten. Es gibt sie in allen Bundesländern; sie werden von sämtlichen Stakeholdern gut angenommen. Ihr Zuständigkeitsbereich variiert (alle sind für Krankenanstalten zuständig, einige für Pflegeheime und/oder niedergelassene Arztpraxen). In manchen Bundesländern sind Patienten-anwältInnen auch PflegeanwältInnen (z.B. in Niederösterreich), in anderen Bundesländern sind diese zwei Verantwortungsbereiche voneinander getrennt.

Empfehlung

- Eine Harmonisierung der Zuständigkeiten von PatientInnenanwältInnen⁸⁹ könnte in Erwägung gezogen werden. Dadurch wären die Verantwortungen für PatientInnen eindeutiger und Interessen würden gebündelt werden.

In Österreich gibt es mehr als 1.600 Selbsthilfegruppen für PatientInnen. Sie finanzieren sich durch ihre Mitglieder, öffentliche Mittel und manchmal durch die pharmazeutische Industrie. Ihre Beteiligung an gesundheitspolitischen Belangen nimmt zu.

Empfehlungen

- Die Rolle der Selbsthilfegruppen im österreichischen Gesundheitswesen sollte besser verstanden werden damit sie andere Teile des Gesundheitssystems unterstützen können.
- Ihre finanzielle Basis sollte diskutiert werden.
- Ihre Unabhängigkeit sollte sichergestellt werden.

⁸⁸ Die detaillierten Rückmeldungen könnten dem Abschnitt 6.3.5 des Kapitels 2 entnommen werden

⁸⁹ siehe oben oder Abschnitt 3 des Kapitels 2

LeistungserbringerInnenebene

Die Zahl jener Personen in Österreich, die in Einpersonenhaushalten leben, nimmt rapide zu. Zwischen 2001 und 2031 soll diese um 36% steigen (2001: 1.120.300, 2011: 1.294.200, 2021: 1.461.700 und 2031: 1.523.200). Bedingt durch demographische Entwicklungen wird die Zunahme des Anteils alter Personen die alleine leben noch deutlicher sein.

Empfehlung

- Spezielle Leistungen für die ältere Bevölkerung, für Behinderte oder für Personen, bei denen mehrere chronische Krankheiten diagnostiziert worden sind, die alleine leben, sollten untersucht werden

Die Kärntner Gebietskrankenkasse hat ihre durchschnittlichen jährlichen Ausgaben für PatientInnen, in Abhängigkeit von deren Einkommen, analysiert. Dabei hat sie herausgefunden, dass PatientInnen der niedrigsten Einkommensgruppe mehr als die doppelte Menge an Ausgaben verursachen als PatientInnen der höchsten Einkommensgruppe. Bei näherer Untersuchung jener PatientInnen, die für 50% der gesamten Ausgaben des Krankenversicherungsträgers verantwortlich sind (7% der PatientInnen, 6% der Versicherten) zeigt sich, dass diese sogenannten „High User“ häufiger niedrigeren Einkommensschichten entstammen als höheren. Bei zwei Drittel der High User in dem Einkommensintervall von €0-900 handelt es sich um Frauen.

Empfehlung

- Untersuchungen könnten vorgenommen werden um High User zu identifizieren. Diese könnten dann um die Kontinuität der Versorgung zu verbessern einer/einem persönlichen Ärztin/Arzt oder einem medizinischen Team zugeteilt werden. Medizinische Informationen könnten zwischen den Gesundheitsbereichen und –ebenen stärker ausgetauscht werden. Die Kontinuität der Versorgung könnte auch dadurch untersucht werden, indem man analysiert, ob PatientInnen bei der Inanspruchnahme von Leistungen ihren/ihre Leistungserbringer/Leistungserbringerin häufig wechseln oder beim/bei der gleichen Leistungserbringer/Leistungserbringerin bleiben.

Wie bereits vorher erwähnt, werden PatientInnen in Österreich durch mehr als 1.600 Selbsthilfegruppen unterstützt. Mehr Informationen zu den bestehenden Gruppen kann unter www.selbsthilfe.at gefunden werden, der Webseite des Dachverbandes aller österreichischen Selbsthilfegruppen.

Empfehlungen

- Kooperationen zwischen LeistungserbringerInnen und Selbsthilfegruppen könnten angeregt werden (Aufklärung von PatientInnen über Selbsthilfegruppen, Herstellung von Kontakten für PatientInnen).
- Dies würde, wie schon vorher angeführt, eine Klarstellung der Rolle, die Selbsthilfegruppen im österreichischen Gesundheitssystem einnehmen, voraussetzen.

Institutionelle Ebene

Wie zuvor erwähnt führen immer mehr Krankenanstalten Qualitätsmanagementsysteme ein. Ihre Motivation beruht dabei auf vielerlei Aspekten. Einige Krankenanstalten möchten sich auf eine zukünftige Umsetzung des §5b des Kranken- und Kuranstaltengesetzes vorbereiten, andere sehen es als Maßnahme zur Leistungsverbesserung, zur Sicherstellung von PatientInnensicherheit und um einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen. In Österreich fußen Qualitätsinitiativen oder –projekte häufig auf Aktivitäten oder Initiativen motivierter Einzelpersonen oder werden isoliert abgewickelt. Manchmal mangelt es an der Unterstützung des Managements oder an einem strukturierten, in das organisationale Setting integrierten, Zugang.⁹⁰

Empfehlungen

- Die Umsetzung von Qualitätsmanagement sollte schrittweise erfolgen:
 - o Von einer gleichzeitigen Umsetzung aller Initiativen des Qualitätsmanagements oder Leistungsmessungen wird abgeraten. Die Realisierung sollte sich zu Beginn auf jene

⁹⁰ Qualitätsmanagementmodelle werden in dem Abschnitt 4 des Kapitels 2 behandelt

wesentlichen Qualitätsmaßnahmen konzentrieren, die im Rahmen der personellen und organisatorischen Ressourcen machbar sind. Wenn die Einführungsphase der Qualitätsverbesserung zu ehrgeizig begonnen wird kann es passieren dass die MitarbeiterInnen überwältigt oder entmutigt werden. Dadurch wird der Erfolg des Projektes gefährdet.

- o Das Qualitätsmanagement sollte in die Organisationsstruktur integriert werden.
- o Aus diesem Grund sollten die Organisationsstrukturen von Krankenanstalten hinsichtlich ihrer Möglichkeit, Qualität in der Behandlung zu unterstützen und sicherzustellen geprüft werden.
- o Das Personal muss über entsprechende Fähigkeiten verfügen um Qualität effektiv zu monitoren und Qualitätsmanagementprogramme wirksam realisieren zu können.
- o Die Krankenanstaltenkultur sollte Qualität auf allen Ebenen berücksichtigen, beginnend bei der baulichen Gestaltung des Hauses bis hin zum *Skill-Mix* des Personals und der Zusammenarbeit der Berufsgruppen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass sich Krankenanstalten einstellen auf Änderungen von Gesundheitstechnologien, auf sich ändernde Bedürfnisse der alternden Bevölkerung und auf die Entwicklung im Bereich Behandlungspfade (Verkürzung der Verweildauern, steigender Nutzung ambulanter Versorgung).⁹¹

In den vergangenen zehn Jahren ist integrierter Versorgung und der Kontinuität der Versorgung über die verschiedenen Bereiche und Sektoren des Gesundheitswesens hinweg viel mehr Aufmerksamkeit zuteil geworden. Diverse Modellprojekte wurden initiiert (z.B. PIK, medTogether), neue Formen der Zusammenarbeit geschaffen. Zu letzteren zählt beispielsweise die Gründung eines Reformpools im Zuge der Gesundheitsreform 2005 (bei dem Reformpool handelt es sich um einen Bereich zur Finanzierung von Leistungsverchiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, denen sowohl die Sozialversicherung als auch die Länder zustimmen müssen). Die o.a. Projekte beschäftigen sich auch mit Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Im Rahmen der Studie wurden ausgewählte Krankenanstalten befragt ob sie standardisierte Aufnahmeprozesse (geplante Aufnahme, nicht geplante Aufnahme/Notfall) und Entlassungsprozesse (Entlassung nach Hause, Überstellung, Pflegeheim, Rehabilitationszentrum) definiert hätten. Die Mehrheit der rückmeldenden Krankenanstalten (mehr als 80%) gab an, dass sie standardisierte Abläufe für geplante Aufnahmen, Entlassung nach Hause, Überstellungen (in andere Krankenanstalten) oder zu Pflegeheimen hätten. Nicht geplante Aufnahmen (Notfälle) oder Entlassungen zu Rehabilitationseinrichtungen sind in einem höheren Ausmaß nicht standardisiert (68% positive Antworten).⁹²

Empfehlung

- Die Prozesse bei der Aufnahme in und Entlassung aus Krankenanstalten könnten standardisiert werden genauso wie die Kommunikation (der Transfer von Informationen) zwischen Krankenanstalten und niedergelassenen ÄrztInnen in Österreich angeregt werden könnte. Dabei sind Ergebnisse von Pilotprojekten wie PIK, Qualität in Krankenanstalten (QIK) oder medTogether zu berücksichtigen.

Vor kurzem wurde ein neues Diseasemanagement Programm für Diabetes Typ II in Österreich eingeführt. Konzepte wie Disease- oder Case Management, welche zur Kontinuität der Versorgung beitragen, werden immer wichtiger, vor allem für PatientInnen, die an chronischen Erkrankungen leiden oder multimorbid sind.

Die österreichische Sozialversicherung bietet ihren Versicherten eine fast uneingeschränkte Wahl des/der Leistungsanbieters/Leistungsanbieterin. Dieser Umstand könnte die Kontinuität der Versorgung beeinträchtigen wenn er dazu führt, dass PatientInnen ihren/ihre Allgemeinmediziner/Allgemeinmediziner oder Facharzt/Fachärztin wechseln. Die Zusammenarbeit zwischen den in den verschiedenen Settings des Gesundheitssektors arbeitenden LeistungserbringerInnen ist bescheiden, der Austausch von Informationen üblicherweise nicht standardisiert und die Kommunikation verbesserungsbedürftig (z.B. durch bessere Informationssysteme).

⁹¹ Healey, Judith, and Martin McKee, "Improving Performance within the Hospital," in *Hospitals in a Changing Europe*. Martin McKee and Judith Healey editors. Open University Press. Buckingham. 2002

⁹² Der Anteil der Non-responder war hier jedoch höher. Zur Kontinuität der Versorgung siehe auch Abschnitt 6.3 des Kapitels 2.

Empfehlung

- Multimorbide PatientInnen könnten identifiziert werden. Eine Abstimmung ihrer Behandlung mittels Case Management unter Einbeziehung von VertreterInnen verschiedener medizinischer Fachrichtungen und Fachabteilungen könnte angeregt werden

ZahlerInnenebene

Kontinuität der Versorgung wurde in dem Bericht schon mehrmals angesprochen. Die Sozialversicherungsträger, Krankenanstalten oder Stakeholdergruppen haben Projekte initiiert, bei denen Case ManagerInnen oder VersorgungskoordinatorInnen die Kontinuität der Versorgung unterstützen, indem sie PatientInnen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, zur Seite stehen. Sie beraten diese in Sozialversicherungsbelangen (z.B. Verschreibung von Heilbehelfen), unterstützen sie dabei, den Kontakt zu Anbietern von Sozialleistungen oder anderen Gesundheitsdienstleistern herzustellen, und organisieren für sie notwendige Leistungen.

Empfehlungen

- Die Sozialversicherung sollte die Rolle, die sie bei der Förderung der Kontinuität der Versorgung im Speziellen und bei der Qualität im Gesundheitswesen im Allgemeinen einnehmen kann, diskutieren.
- Das Modell der VersorgungskoordinatorInnen (zur Unterstützung von Krankenanstaltenentlassungen) könnte evaluiert werden:
 - o Pilotprojekte sollten hinsichtlich ihrer Outcomes evaluiert werden.
 - o Der Bedarf nach VersorgungskoordinatorInnen könnte erhoben und deren Zuständigkeiten definiert werden. Erfolgreich umgesetzte Modelle könnten als Best-Practice fungieren. Derzeit besteht eine große Vielfalt an Projekten und Modellen; diese werden meist von Sozialversicherungsträgern oder Krankenanstalten administriert; es gibt einige gemeinsame Projekte (z.B. in der Steiermark).

PatientInnenebene

Es gibt in Österreich kaum öffentlich zugängliche Informationen über die Qualität von LeistungserbringerInnen oder Leistungen. PatientInnen verlassen sich üblicherweise bei der Einholung von Ratschlägen über Krankenanstalten, LeistungserbringerInnen oder Rehabilitationszentren auf ihren/ihre Ärztin (Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin, Facharzt/Fachärztin), auf ihre FreundInnen oder Verwandten. Natürlich ist es möglich, dass die endgültige Wahl der Einrichtung, in welcher der notwendige Eingriff vorgenommen wird, durch die Verfügbarkeit von Ressourcen oder Kapazitäten begrenzt wird. PatientInnen können ihren bevorzugten Leistungserbringer mehr oder weniger frei auswählen. Wenn PatientInnen LeistungserbringerInnen wechseln, könnte sich dies auf die Effizienz oder Kontinuität der Versorgung negativ auswirken.

Empfehlung

Informationssysteme sollten evaluiert werden um festzustellen wie sie zur Verbesserung der Kontinuität der Versorgung und der Wahlmöglichkeiten von PatientInnen beitragen könnten.

V Empfehlungen zu Regulierung und Gesetzgebung

Regulatorische Ebene

Regulierung

Das Bundesgesetz über die Qualität von Gesundheitsleistungen besagt, dass auf allen Versorgungsebenen eine systematische Qualitätsarbeit realisiert werden soll indem ein nachhaltiges Qualitätssystem entwickelt, implementiert und regelmäßig evaluiert wird.

Gemäß den Rückmeldungen zu der im Zuge der Studie bei österreichischen Krankenanstalten durchgeführten Befragung setzen mehr als 70% aller Krankenanstalten ein Qualitätsmanagementsystem ein. Verwendete Modelle sind ISO 9000:2001, ISO 15189:2003, ISO 13485:2003, GMP (*Good Manufacturing Practice*), EFQM (*European Foundation for Quality Management*), individuelle interne Qualitätssysteme, KTQ pcc (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, proCum Cert), ÖNORM EN, JACIE (*Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT*), Qualitätsmanagement gemäß Dr. Gregor Viethen, CAF (*Common Assessment Framework*), ESGO (*European Society of Gynaecological Oncology*), EFI (*European Federation for Immunogenetics*) und Fragebögen.

Der Einsatz von und die Erfahrung mit Qualitätsmanagementmodellen ist bei den Krankenanstalten sehr heterogen. Einige wenden kein Qualitätsmodell an, andere setzen in einzelnen Abteilungen ISO ein und wenige haben bereits mit umfassenden Akkreditierungsverfahren wie dem Joint Commission Modell oder KTQ Erfahrungen gesammelt. Der Großteil der befragten Krankenanstalten gibt an ISO (53%) oder EFQM (44%) einzusetzen. Weitere genannte Modelle sind interne Qualitätsmodelle (18%), KTQ und andere (jeweils 15%) werden weniger oft angewendet.⁹³

Empfehlungen

- In Krankenanstalten eingesetzte Qualitätsmodelle sollten harmonisiert werden:
 - o Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen soll ein nationales Qualitätsgremium beauftragt werden über einen geeigneten Ansatz zur Standardisierung von Qualitätsmanagement in Krankenanstalten zu entscheiden. Das Gremium soll klare Ziele und Prioritäten definieren. Es soll auf internationale Expertise zurückgreifen und festlegen ob ein eigenes österreichisches Modell entwickelt werden muss oder ob ein bestehendes Modell entsprechend den Bedürfnissen des österreichischen Gesundheitswesens angepasst werden könnte
 - o Bestehende Modelle sollen evaluiert werden damit
 - festgestellt werden kann ob Qualitätsmodelle einen tatsächlich positiven Effekt auf die Gesundheits-Outcomes gehabt haben oder nur den Status Quo zertifizieren.
 - Eine Harmonisierung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung ambitioniert im Sinn einer Hebung des Niveaus angeregt werden, statt sich mit dem kleinsten gemeinsamen Nenner zufrieden zu geben. Derzeit in Österreich bestehende unterschiedliche Niveaus an fachlicher Expertise sollen berücksichtigt werden; dabei könnten eventuell Best-Practice Modelle identifiziert werden.
 - sichergestellt wird, dass es gleichzeitig mit der Einführung eines Qualitätsmanagementmodells zu einem Ausbau des relevanten Wissens bei den involvierten Personen kommt.
 - o Um die Anwendung von Qualitätsmanagement in Krankenanstalten zu fördern sollten Anreizmechanismen eingesetzt werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: England – NHS, *Healthcare Commission*⁹⁴

Die Healthcare Commission (HC) unternimmt einen jährlichen Gesundheitscheck bei allen *NHS Trusts* in England. Jeder Trust muss seine Leistung im Vergleich zu den HC Kernstandards und nationalen Zielen

⁹³ Für nähere Informationen wird auf Abschnitt 4 des Kapitels 2 verwiesen.

⁹⁴ Gesundheitskommission

öffentlich kundtun. Diese umfassen die Verbesserung des Zuganges zu Leistungen sowie die Verbesserung der Behandlungswahrnehmung von PatientInnen (siehe Kapitel 1, England §4.3.4).

Gesetzgebung

Bestimmungen über die Arbeitszeiten in österreichischen Krankenanstalten sind üblicherweise nicht einheitlich sondern werden auf Ebene des einzelnen Krankenanstaltenverbundes oder der einzelnen Krankenanstalt geregelt. Manche Krankenanstalten halten sich an die gesetzlichen Arbeitszeitverordnungen, in anderen haben ÄrztInnen gesetzlich nicht gedeckte sehr lange Arbeitszeiten. Das Thema Arbeitszeiten ist sehr sensibel, da es an Vergütungsschemata und demnach finanzielle Ressourcen von Krankenanstalten gekoppelt ist.⁹⁵

Empfehlung

Die Umsetzung der EU-Arbeitszeitverordnung sollte diskutiert werden (lange Arbeitszeiten vor allem in ausgewählten Fächern wie beispielsweise Gynäkologie, Innere Medizin, Chirurgie und Notfallmedizin).

LeistungserbringerInnenebene

Die Messung der Qualität von Arztpraxen obliegt der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, ÖQMed, einer Gesellschaft der Österreichischen Ärztekammer, die im Ärztegesetz (§118 a-b) geregelt wird. Das Evaluierungsverfahren wurde Mitte April 2006 begonnen nachdem zuvor für die Evaluierung ein Katalog von Qualitätskriterien definiert worden war. Bis 2008 werden alle Arztpraxen (etwa 15.000) bewertet; anschließend ist alle zwei bis drei Jahre eine Re-Evaluierung geplant.⁹⁶

Empfehlung

- Gegenwärtig eingesetzte nationale und internationale Qualitätssicherungsmodelle (einschließlich des Verfahrens der ÖQMed) könnten evaluiert und ein Best-Practice Modell entwickelt werden. Die Untersuchung sollte Outcome-Indikatoren enthalten; eine externe Evaluierung wird empfohlen.

Institutionelle Ebene

Regulierung

PatientInnensicherheit und Risikomanagement sind Themen, die in Österreich an Bedeutung gewinnen. Nahezu drei Viertel aller im Rahmen der Studie vorgenommenen Befragung rückmeldenden Krankenanstalten gaben an, dass sie Risikomanagementstrategien implementiert hätten. Einige planen die Einführung von Maßnahmen. Krankenanstalten wurden gebeten dazu Beispiele anzuführen. Am häufigsten wurden Notfallpläne genannt, Controlling Maßnahmen, Risikobewertung, Risikoanalyse, Fehlermanagement, Berichtssystem und -standards. Aus den Antworten wird geschlossen, dass Risikomanagementverfahren weder strukturiert noch standardisiert sind.⁹⁷

In Hinblick auf PatientInnensicherheitskultur gaben 49% der rückmeldenden Krankenanstalten an, dass sie eine ziemlich offene und progressive Sicherheitskultur hätten, 26%, dass sie eine sehr offene und progressive Kultur hätten. Nur 7% gaben an, dass ihre Sicherheitskultur eher restriktiv wäre. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Bewusstsein für PatientInnensicherheit hoch ist. Die Mehrheit der im Zuge der gegenwärtigen Studie befragten Stakeholder, ExpertInnen und SozialversicherungsträgerInnen waren im Gegensatz dazu der Meinung, dass es in Österreich keine PatientInnensicherheitskultur existieren würde. Diese Diskrepanz scheint ein verfolgenswertes Thema zu sein.⁹⁸

⁹⁵ Nähere Informationen zu dem Thema finden sich im Abschnitt 6.1.3.3 des Kapitels 2.

⁹⁶ Details zum Thema werden im Abschnitt 1.4.3 des Kapitels 2 erörtert.

⁹⁷ Näheres dazu findet sich im Abschnitt 5.5.3 des Kapitels 2.

⁹⁸ Ergebnisse sind in dem Abschnitt 5.5.3 des Kapitels 2 zu finden.

Empfehlungen

- PatientInnensicherheit könnte in die Organisationsstruktur von Gesundheitseinrichtungen integriert werden. Eine positive Organisationskultur bildet eine Voraussetzung für den Erfolg von PatientInnensicherheitsmaßnahmen.
- Die PatientInnensicherheitskultur in Krankenanstalten sollte näher untersucht werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Norwegen

Im Auftrag der Abteilung für Gesundheits- und Sozialwesen wurde von einer dem Nationalen Ausschuss für Gesundheit und Soziales unterstellten Arbeitsgruppe im Jahr 2006 ein Bericht veröffentlicht, der Empfehlungen für den zukünftigen Umgang mit dem Thema PatientInnensicherheit in Norwegen enthält.

Es wurde empfohlen dass:

- das nationale Lernen über fehlerhafte Ereignisse in Zusammenhang mit dem bestehenden Meldesystem in einem unabhängigen Kompetenzbereich angesiedelt wird
- PatientInnensicherheit als eigenes Thema bei der Gesundheitsausbildung vorgesehen wird
- interne Kontrollmechanismen im Gesundheitssystem weiterentwickelt werden
- die Gesetzgebung zur PatientInnensicherheit genau geprüft wird, einschließlich der Meldeverpflichtung und der Rahmenbedingungen für das Sicherheitsmanagement
- die Führung und das Management in Zusammenhang mit PatientInnensicherheit weiter ausgebildet werden sollte

Dies stimmt mit Empfehlungen der WHO, EU und dem Europarat überein. Diese betonen, dass Informationssysteme Lernen fördern und sich durch eine Kultur auszeichnen sollten, die frei von Schamgefühl, Schuldzuweisungen und öffentlichem Anprangern (*a culture of no shame, no blame, no name*) ist. Sie sollten darüber hinaus keine Anbindung an die Aufsichtsbehörde aufweisen. Die Analyse der Ursachen nachteiliger Ereignisse sollte Lernen fördern und diese in Zukunft vermeiden. Der nationale Gesundheitsplan unterstützt den Bericht. Im Jahr 2007 wird eine nationale Stelle für PatientInnensicherheit eingerichtet. Für nähere Information siehe Abschnitt 5.5.1 im Kapitel 1.

Es gibt zahlreiche Organisationen an die sich PatientInnen in Österreich wenden können, wenn sie Informationen suchen, eine Klarstellung erhoffen oder sich beschweren möchten. Diese umfassen PatientInnenanwälte, Selbsthilfegruppen, Schiedsstellen, die Arbeiterkammer oder Ombudsmänner/-frauen in Krankenanstalten oder bei Sozialversicherungsträgern. Strukturen der Problembewältigung und der Umgang mit Beschwerden sind in der Regel nicht standardisiert. Deren Handhabung wird dem Ermessen des einzelnen Krankenhauses oder der einzelnen Krankenhausgesellschaft überlassen.

Empfehlung

- Eine Infrastruktur sowie klare Verfahren zu Problembewältigung und den Umgang mit Beschwerden, die in Zusammenhang mit internen Systemproblemen auftreten, könnten etabliert werden.

Bei einer im Juli 2007 unter ausgewählten österreichischen Krankenanstalten durchgeführten Umfrage gaben alle Krankenanstalten an, dass sie PatientInnenumfragen einsetzen. Ein Projekt der Abteilung für Palliative Care und Organisationsethik an der Universität Klagenfurt aus dem Jahr 2005, in dem die Rolle von PatientInnenbefragungen in Krankenanstalten untersucht wurde, zeigte, dass Krankenanstalten bei dem Einsatz von PatientInnenbefragungen über Erfahrung verfügen. Fragen, die jedoch unklar blieben, waren einerseits, wie Ergebnisse von Umfragen weiter verfolgt und in die Praxis umgesetzt werden, und andererseits, wie die Integration von PatientInnenumfragen in Organisationsstrukturen und Zieldefinierungsprozesse erfolgt.⁹⁹

Empfehlungen

- Maßnahmen zur Erfassung der PatientInnenzufriedenheit könnten in die Organisationskultur integriert und an Ziele geknüpft werden.¹⁰⁰
- Die MitarbeiterInnenzufriedenheit könnte ebenfalls regelmäßig erhoben werden.

⁹⁹ Nähere Informationen zu PatientInnenumfragen können dem Abschnitt 6.2 des Kapitels 2 entnommen werden.

¹⁰⁰ Für nähere Informationen zur PatientInnenzufriedenheit siehe Abschnitt 6.2 der Kapitel 1 und 2

- PatientInnen sollten (in Form eines Feedbacks) über die Ergebnisse von PatientInnenumfragen informiert werden.

INTERNATIONALES BEISPIEL: Kanada – Meldesystem für medizinische Zwischenfälle

Das Kanadische Meldesystem zur Meldung medizinischer Zwischenfälle (*Canadian Medical Incident Reporting and Prevention System*, CMIRPS) entstammt einer Kooperation zwischen *Health Canada*, dem *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) und dem *Institute For Safe Medication Practices* (ISMP). Auch wenn bekannt ist, dass ein Meldesystem für sich keine Verbesserung bei dem Einsatz von Medikamenten bewirken kann, wird dennoch erwartet, dass ein Austausch von Daten über Medikamentenzwischenfälle via CMIRPS zugrunde liegende Systemschwächen aufzeigt, die Entwicklung von präventiven Strategien unterstützt und Empfehlungen für Best-Practice hervorbringt. Meldungen im Rahmen von CMIRPS sind anonym und freiwillig, enthalten keine PatientInnenidentifizierungsmerkmale und werden mittels der CMIRPS Webseite verwaltet. Das Personal von CMIRPS sammelt, analysiert und postet Meldungen auf der Webseite in Form eines etwa monatlich erscheinenden Berichts (Kapitel 1, Anhang Länderfallstudien Kanada §4.2.4).

Gesetzgebung

Im Rahmen der gegenwärtigen Studie wurden 104 österreichische Krankenanstalten kontaktiert von denen etwa 47% auf die Anfrage antworteten. Beinahe drei Viertel der rückmeldenden Krankenanstalten gaben an Fehler zu dokumentieren bzw. zu melden. Fehler wurden als Schäden, tatsächliche Fehler, Beinahefehler und potentielle Risikofaktoren definiert. Rund 15% jener, die antworteten behaupteten, dass sie elektronische Fehlermeldesysteme/Beinahefehlermeldesysteme verwenden würden, 49%, dass sie andere Systeme einsetzen (z.B. Postkasten, Formulare) und 17%, dass sie sowohl elektronische als auch andere Berichtssysteme benützen. Mehr als die Hälfte der Fehlermeldesysteme sind freiwillig (52%), etwa die Hälfte anonym. In dem Großteil der Krankenanstalten wurde kein dezidiertes Anreiz gegeben, Fehler zu melden. 82% der rückmeldenden Spitäler gaben an, dass auf eine Meldung ein anschließendes Feedback erfolgen würde.¹⁰¹

Empfehlungen

- Die Einrichtung eines Meldesystems für kritische Ereignisse (*Critical Incident Reporting System*, CIRS) in Krankenanstalten könnte überlegt werden. Bei der Umsetzung stellt die Förderung einer günstigen Unternehmenskultur einen Schlüsselfaktor für den Erfolg des Systems dar. Meldesysteme sollten nicht in Zusammenhang mit Bestrafungen eingesetzt werden. Obwohl einige Krankenanstalten andeuten, dass sie Fehler dokumentieren, sind Meldefrequenzen und -strategien sehr unterschiedlich. Mitarbeiter sollten vor einer strafrechtlichen Verfolgung geschützt und nicht haftbar gemacht werden.
- Systeme in Krankenanstalten könnten als Ausgangspunkt für die Entwicklung eines nationalen Meldesystems fungieren. Bestehende Meldesysteme könnten evaluiert und dazu verwendet werden um Best Practice Beispiele zu lokalisieren (siehe Ontario Beispiel weiter oben).

ZahlerInnenebene

Sozialversicherungsträger unternehmen zahlreiche Aktivitäten um das Verschreibeverhalten ihrer VertragspartnerInnen zu monitoren. Diese Maßnahmen konzentrieren sich schwerpunktmäßig auf wirtschaftliche Aspekte, berücksichtigen aber auch zunehmend medizinische Outcomes und die Qualität der Medikamentenverordnungen.

Empfehlung

- Das Monitoring des Verschreibeverhaltens von ÄrztInnen, vor allem in Hinblick auf die Qualität der Verschreibungen, könnte verbessert werden.

¹⁰¹ Nähere Informationen zu dem Thema sind im Abschnitt 5.5.7 des Kapitels 2 zu finden.

Es existieren noch immer wenige explizite Anreize zur Verbesserung der Qualität von durch VertragspartnerInnen der Sozialversicherung erbrachte Leistungen. Finanzielle Anreize bestehen in Form einer zusätzlichen Verrechnung von Leistungen wenn der/die Arzt/Ärztin nachweisen kann, dass er/sie über eine bestimmte Ausbildung und Ausstattung verfügt. Einige Krankenversicherungsträger verknüpfen die Verrechnung einer bestimmten Leistung durch den/die Arzt/Ärztin mit der Teilnahme an Qualitätszirkeln. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse hat einen separaten Finanzierungstopf für „Maßnahmen für Qualitätssicherung/ PatientInnenfreundlichkeit“ geschaffen. ÄrztInnen können beim Krankenversicherungsträger um die Vergütung von Seminaren oder PatientInnenbefragungen ansuchen. Die Kosten werden von dem eben erwähnten Finanzierungstopf übernommen. In einer internen Arbeitsgruppe, welcher Vertreter der Sozialversicherung angehören, wird die Einführung eines Qualitätssiegels bzw. eines Qualitätszertifikates diskutiert. Einige Sozialversicherungsträger sind der Meinung, dass jener Wettbewerbsvorteil, den der/die Arzt/Ärztin im Vergleich zu seinen KollegInnen hat, indem er/sie durch die Erbringung vergleichsweise qualitativ höherwertiger Leistungen neue PatientInnen anwirbt und bestehende hält (was sich folglich auch auf die Höhe der Vergütung die der/die Arzt/Ärztin erlöst auswirkt) der Hauptantriebsfaktor für Qualität in Arztpraxen ist. Mehrere Krankenversicherungsträger wenden Anreize in Form einer Reduktion von Bürokratie und Kontrolle an. Sofern ÄrztInnen sich innerhalb bestimmter Grenzen bewegen (z.B. bei Verschreibungen) entfällt das Ansuchen einer vorherigen Genehmigung für vorher definierte Leistungen.

Empfehlung

- Anreize sollten nicht nur an Kosten sondern an Qualitätssteigerungen bei der Versorgung, angemessene Verschreibung und eine verstärkte Verordnung von Generika geknüpft sein. Zusätzliche Anreize könnten eingesetzt werden um eine hochqualitative Versorgung zu fördern.

Vereinbarungen über die Vergütung von durch VertragsärztInnen erbrachten Leistungen sind in der Honorarordnung geregelt. Die Gültigkeitsdauer der Honorarordnung ist zeitlich begrenzt. In Abhängigkeit von dem Versicherungsträger und dem Status der Verhandlungen werden Honorarordnungen alle 1-3 Jahre neu verhandelt. Die Honorarordnungen der österreichischen sozialen Krankenversicherungsträger sind sehr heterogen; Unterschiede sind historisch gewachsen und beruhen auf den Verhandlungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und der entsprechenden regionalen Ärztekammer. Honorarordnungen weisen nicht nur eine unterschiedliche Struktur auf sondern variieren auch hinsichtlich ihrer Terminologie (Nomenklatur, Leistungscodes) und ihres Umfanges (Anzahl an Leistungspositionen). Die meisten Krankenversicherungsträger fordern Qualitätsbestimmungen. Bei einigen Tarifpositionen kommen Verrechnungsbeschränkungen zur Anwendung. Der Umfang der in der Honorarordnung enthaltenen Leistungspositionen ist sehr unterschiedlich. Der Detailgrad der einzelnen Positionen spiegelt sich in der Aufsplittung oder Gruppierung von Leistungspositionen wider. Die Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger umfassen zwischen 538 und 1.850 Leistungspositionen. Jene der Kärntner Gebietskrankenkasse beinhaltet am wenigsten Positionen, jene der Vorarlberger Gebietskrankenkasse am meisten. Vor kurzem wurde ein Harmonisierungsprozess in die Wege geleitet.

Empfehlung

- Die Harmonisierung der Honorarordnungen soll weiter vorangetrieben werden (besonders für bestimmte Leistungsbereiche: häufig erbrachte Leistungen, kostenintensive oder neue Leistungen – Weiterentwicklung/Ausweitung der Bedeutung von Musterkatalogen). Die Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten würde einen Vergleich von Daten über Träger hinweg erleichtern wodurch regionale Schwankungen bei der Versorgung untersucht werden könnten.

Die Verpflichtung der sozialen Krankenversicherung Leistungen sicherzustellen wird im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt. Sie beruht auf der Definition von Krankenbehandlung gemäß 133 ASVG („ausreichend und zweckmäßig aber das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“) und entspricht wissenschaftlich gültigen Behandlungsmethoden. Der Tarifausschuss im Hauptverband entscheidet über die Aufnahme neuer Leistungen in den Vergütungskatalog der sozialen Krankenversicherung. Der Oberste Sanitätsrat bewertet, basierend auf dem von einem Krankenversicherungsträger gestellten Antrag, die Voraussetzungen einer Aufnahme in den Katalog (Entspricht die Leistung den aktuellsten medizinischen Standards?). Der Oberste Sanitätsrat ist ein

Beratungsgremium des Gesundheitsministeriums. Seine Arbeitsmethoden sind nicht transparent, Mitgliedern ist es einzig gestattet an die MinisterInnen zu berichten. Die meisten Entscheidungen werden nicht veröffentlicht.

Laut Oberstem Sanitätsrat ist bei Methoden die nicht allgemein als wissenschaftlich valid anerkannt wurden, sogenannten Outsider-Methoden, eine Vergütung nur in jenen Fällen gerechtfertigt, in denen die Versorgung in angemessener Weise erfolgt und das Ausmaß des Notwendigen nicht überschritten wurde. Damit für diese Art von Behandlung eine Vergütung zugestanden wird muss ihr eine wissenschaftlich anerkannte begründete und erfolgversprechende Behandlung vorangegangen sein. Darüber hinaus muss diese Behandlungsmethode, deren Gültigkeit nicht entsprechend wissenschaftlich belegt worden ist, einen Erfolg vorweisen oder es muss ein zukünftiger Erfolg prognostiziert werden (auf Basis vergangener Erfahrungen).

Empfehlung

- Bei der Diskussion über die Aufnahme neuer Leistungen in den Vergütungskatalog der sozialen Krankenversicherung sollten Entscheidungen anhand von evidenzbasiertem Wissen und HTA Assessments getroffen werden. Ein unabhängiger Ausschuss sollte vergleichbare Ansätze bewerten. Eine Evaluierung soll vorgenommen werden um jene Ansätze zu bestimmen, die sich am besten eignen würden. Der Bewertungsprozess soll transparent sein und unter Zuhilfenahme wissenschaftlich gültiger Methoden erfolgen. Der Entscheidungsfindungsprozess sollte entpolitisiert sein. Bewertungen sollten auch die unterschiedlichen Settings der Leistungserbringung vergleichen und evaluieren, welche sich am besten für welche Leistungen eignen.

Wie bereits zuvor erwähnt wurde im Jahr 2005 die elektronische Gesundheitskarte, die e-card, eingeführt. Weitere Entwicklungen für welche die e-card eine wichtige Grundlage darstellen wird sind die einheitliche Dokumentation von Leistungen, der elektronische Gesundheitsakt und die elektronische Verschreibung.

Empfehlung

- Die elektronische Verschreibung könnte vorangetrieben werden und die Überwachung von Verschreibungsgewohnheiten unterstützen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die vorangegangenen Empfehlungen (Ausbildung – Institutionelle Ebene) verwiesen.