



**SV-WISSENSCHAFT
FORSCHUNG & LEHRE
DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNG**

EXPERTINNENGESPRÄCHE / 12. DEZEMBER 2017

PLANUNG UND QUALITÄT IM KRANKENHAUS

REFERENTEN:

Dr. Gerhard Fülöp (Gesundheit Österreich GmbH, Abteilungsleitung Planung u. Systementwicklung)
Dr. Fabiola Fuchs, MSc (NÖGKK, Gesundheitsplanung und Gesundheitsreform)

Einleitung: **Dr. Irmgard Schiller-Frühwirth** (HVB)
Moderation: **Mag. Karin Hofer** (SGKK)

VORTRAG Dr. Gerhard Fülöp:

Schwerpunkt: Regionale Planung der Gesundheitsversorgungssysteme – Planung und Qualität im Krankenhaus sind ineinander verschränkt.

Die historische Vorgeschichte des ÖSG 2017 reicht bis 1992 zurück, bereits seit 25 Jahren Auseinandersetzung mit gesundheitsplanerischen Fragen.

1993: ÖKAP – Einheitlicher bundesweiter Österreichischer Krankenanstaltenplan (um unkontrollierte Ausweitung von Leistungsmengen nach LKF-Einführung zu verhindern), bis dahin gab es nur eher unsystematisch Pläne auf Landesebene.

ÖKAP-Entwurf 1994: Inkludierte Empfehlungen zur Schließung von Krankenanstalten (zu klein, teilweise Pflegeheime etc.). Öffentlich und politisch (auf Landesebene) war dieser Entwurf umstritten – mit dem Verweis auf die Sicherstellungspflicht auf Landesebene wurden nach Vorlage des Entwurfs zum ÖKAP 1944 in allen Bundesländern Standortgarantien ausgesprochen. Nach Gesprächen mit allen Bundesländern: Beschluss eines ÖKAP/GGP mit einer gewissen Verbindlichkeit (v.a. auch für die Landeskrankenanstaltenpläne).

1997: Erste veröffentlichte Fassung des **ÖKAP/GGP** (Bestandteil der 15a-Vereinbarung)

1999 + 2001: Aktualisierung des ÖKAP/GG – Gespräche mit Ländern und finanzielle Sanktionsandrohung durch den Bund, wenn sich Länder in ihren Krankenhausplänen nicht an den ÖKAP/GGP halten.

2003: Nächste Revision mit Herauslösung aus der 15a-Vereinbarung.

2005: Großer Paradigmenwechsel: Gesundheitsressort wünschte einen **ÖSG – Österreichischen Strukturplan Gesundheit** (mit Fokus vor allem auf Strukturqualität, Leistungsmengen-Rahmenplanung etc.) für alle Sektoren (nicht nur den intramuralen Krankenanstaltenbereich, sondern auch für den extramuralen Bereich und den Reha-Bereich).

Neue Herausforderung: **Leistungsmengenrahmenplanung**. Problematik: Wie geht man dabei mit dem **Sozialbereich** und den „Nahtstellen“ zwischen Gesundheits- und Sozialbereich um? Zusätzliche Problematik: Wenig Kommunikation zwischen den zuständigen Ministerien.

ÖSG 2006: Integrativer Ansatz (umfasste alle Segmente des Gesundheits- und Sozialversorgungssystems in einer Region; zusätzlich zur Planung von Akutkrankenhäusern und Großgeräten gab es nun auch Planungsvorgaben für weitere Bereiche bzw. Grundlagen für eine rationale Strukturplanung für alle Segmente: Wirtschaftlich, zweckmäßig und ausreichend).

Quantensprung in der Qualität: Erstmals konnten Aussagen zur Strukturqualität systematisch erfasst werden: Leistungsmatrix und nach Fachrichtungen sortierte Sammlung von Strukturqualitätskriterien. Fazit: Mehr Fokus auf Strukturqualität. Zusätzlich wurde eine regionale **Leistungsmengen-Rahmenplanung** eingebaut.

Der ÖSG als verbindlich einzuhaltender Rahmenplan für die RSGs der Länder (regelmäßige Kontrollen, ob die jeweiligen RSGs auch tatsächlich ÖSG-konform sind).

Laufende Weiterentwicklung im 2-Jahresrhythmus bis zur **Gesundheitsreform 2013** (Zielsteuerung Gesundheit), ab 2013 Vielzahl an neuen Herausforderungen bzw. Rahmenbedingungen für die ÖSG-Aktualisierung (z.B. Ärzteausbildung neu, Orthopädie- Traumatologie, Rehaplan 2016 etc.), daher war es 2014 unmöglich, den nächsten ÖSG wie eigentlich geplant im Jahr 2014 anzuschließen.

ÖSG 2017: Aktualisiert, komplett überarbeitet und strukturiert

Wesentliche ÖSG-Inhalte mit **Querbezügen zur Qualität:**

Im akutstationären Bereich **Erreichbarkeitsvorgaben** nach Fachrichtungen (für 90 Prozent der Wohnbevölkerung einzuhalten, Berechnung über Reisezeiten im Straßenverkehr; weiters „**Korridor der Vernunft**“, was die Bettenanzahl je Fachrichtung betrifft (Betten pro tausend Einwohner minimal/maximal, jedes Bundesland sollte sich innerhalb dieses Rahmens mit seiner Bettenvorhaltung bewegen, diese soll regional möglichst ausgewogen sein). Querbezug zur **Qualitätssicherung:** Mindestbettenanzahl für bettenführende Abteilungen soll verhindern, dass Klein- und Kleinstabteilungen ohne ausreichende Frequentierung, vernünftige Wirtschaftlichkeit und ausreichende medizinische Erfahrung/Routine entstehen bzw. weitergeführt werden.

Sicherheit und Qualität der Gesundheits-Versorgung wird von der österreichischen Bevölkerung im internationalen Vergleich sehr hoch eingeschätzt, deshalb ist es durchaus schwierig, Änderungen umzusetzen. Ursachen: Fast unbegrenzte Zugänglichkeit zum Gesundheitssystem, hoher Sozialversicherungsanteil, kein Gatekeeper-System. Problem, dass wir - wie auch Deutschland - eine massive Dominanz des stationären Sektors haben, sehr viele Akutkrankenhäuser und hohe Bettenzahlen, dazu kommt die Fragmentierung von intra- und extramuralem Bereich.

Nicht zufriedenstellende Situation in der **Primary Health Care** (auch was umgebende Gesundheitsberufe angeht), dennoch hat Österreich ein relativ teures System mit Verbesserungsbedarf (nicht nur im Hinblick auf Effizienz, sondern z.T. auch in Bezug auf Gesundheitszustand und Lebenserwartung).

Wesentliche Neuerungen im ÖSG 2017: Konsequenter Aufbau in Differenzierung nach den Bereichen „Planung“ und „Qualitätskriterien“, um die Übersichtlichkeit zu verbessern.

Bundeszielsteuerungskommission/ÖSG-Verordnung: Bestimmte Teile des ÖSG 2017 sind nicht mehr nur Teil des „objektivierte Sachverständigen Gutachtens ÖSG“, sondern werden unmittelbar verbindlich: Überregionale Versorgungsplanung (hochspezialisierte Leistungen mit überregionalem Koordinationsbedarf), die Mindestinhalte und Struktur der RSGs zur deren Vereinheitlichung (die RSGs waren bisher nach dem alten ÖSG-Rahmen sehr unterschiedlich strukturiert und nicht mit anderen Bundesländern vergleich- bzw. zusammenführbar, daher nun auf Bundesebene konkrete Vorgaben in der ÖSG-VO, welche Inhalte ein RSG mindestens zu regeln bzw. enthalten hat).

Qualitätskriterien sind nicht Teil der ÖSG-Verordnung, sind aber ebenfalls ein verbindlicher Rahmen für die RSG. Erstmals sind auch allgemeine Qualitätskriterien für den ambulanten Bereich im ÖSG enthalten („Grundlagen für Versorgungsaufträge“), spezielle Qualitätskriterien für Primärversorgung und für weitere Fachbereiche sind in der „Leistungsmatrix-ambulant“ enthalten.

Eine der grundlegenden Ideen beim neugestalteten und neu strukturierten ÖSG 2017 war **mehr PatientInnen-Orientierung**.

Kriterien für alle Segmente: Bedarfsgerechtigkeit, gute Erreichbarkeit, regionale Ausgewogenheit und Orientierung der Angebotsplanung am „Korridor der Vernunft“, um eine möglichst einheitliche Planung zu gewährleisten und gleichzeitig auch die notwendigen Qualitätskriterien zu definieren (in erster Linie Strukturqualität, zum Teil auch Prozessqualität, minimal Ergebnisqualität).

Erstellung des ÖSG: Komplexe Aufgabe in Zusammenarbeit mit allen Stakeholdern – gemeinsame oberste bzw. beschließende Instanz: Bundeszielsteuerungskommission.

Leistungsmengenrahmenplanung: Um Leistungsmengenrahmenplanung regional ansetzen und in der Folge auch umsetzen zu können, unterscheidet man 32 Versorgungsregionen.

Qualitätskriterium im akutstationären Bereich: Schlagwort „Mindestfallzahl bzw. Mindestfrequenz“: Auch in Deutschland und der Schweiz wird dieselbe Diskussion geführt – die Einhaltung der Mindestmengen führt - zumindest für bestimmte Indikationsgruppen - tatsächlich bzw. nachweislich zu einer **verbesserten Ergebnisqualität**.

Rehaplan 2016: Wurde in den ÖSG und auch in die ÖSG-VO übernommen (hinsichtlich der Richtwerte und Kapazitätsplanung stationär und ambulant). Auf die Qualitätskriterien, die im Rehaplan definiert sind, wird im ÖSG verwiesen (Voraussetzungen, damit ein RZ überhaupt einen Vertrag mit einem Sozialversicherungsträger oder mit dem Hauptverband eingehen kann).

Neue Herausforderung: Entlang dieser neu gestalteten rechtlichen Grundlagen (ÖSG-VO) die neue Verbindlichkeit der Vorgaben, Planungsprinzipien und Planungsaussagen sowie auch die Einhaltung der Qualitätskriterien rechtlich in die Praxis umzusetzen.

VORTRAG Dr. Fabiola Fuchs, MSc

Möglichkeiten der Ergebnisqualitätsmessung in Krankenanstalten:

Auf oberster Ebene: **WHO** (misst Parameter wie Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit)

OECD: misst z. B. Mortalität bei Schlaganfall, Versorgung bei COPD etc.

NATIONALE SYSTEME: A-IQI-System, ausgehend von Deutschland (Prof. Dr. Thomas Mansky/TU Berlin) übernahm 2000 das amerikanische AHRQ-System und führte es in den HELIOS-Kliniken ein. Jede Krankenanstalt hat zusätzlich eigene Qualitätssysteme (OP-Management, Medikamentenlagerung in den Apotheken etc.).

Die wichtigste gesetzliche Grundlage für Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist das **Gesundheitsqualitätsgesetz** (BGBl. I Nr. 179/2004 i. d. g. F.), das die Bedeutung der Ergebnisqualität hervorhebt. Auch die Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitssystem legt Qualität als Steuerungskriterium fest.

A-IQI-System: Ergebnisqualitätsmessung mit Routedaten

Entstehung A-IQI: 2006/2007 Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätsindikatoren in den Krankenanstalten, Definition von 100 Indikatoren durch Dr. Fabiola Fuchs. In Zusammenarbeit mit Dr. Mansky (damals HELIOS-Kliniken) Abgleich der Daten. A-IQI wurde 2007 in Niederösterreich entwickelt, 2008 eingeführt und 2011 vom Ministerium für ganz Österreich übernommen.

Routedaten: Abrechnungsdaten der Krankenanstalten (Krankenanstaltennummer, Patientendaten, Geburtsdatum, Geschlecht, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Dauer des präoperativen Aufenthalts, präoperative Diagnostik, medizinische Einzelleistungen etc.).

Definition Tracer/Indikator: **Tracer:** Krankheitsbilder wie Herzinfarkt, **Indikator:** z. B. Sterbefälle (oder Wiederaufnahme) bei Herzinfarkt

Welche Mess- und Verbesserungsbereiche gibt es im A-IQI? Betrifft vor allem häufige Standardbehandlungen (low-risk-Eingriffe wie Gallenblasen-OPs), aber auch komplexere Verfahren wie Darm-OPs, spezialisierte Verfahren wie die Ösophaguschirurgie (nur sehr wenige Fallzahlen in Österreich) und Hochrisikobereiche (Intensiveinheiten, Beispiel Beatmungsdauer nach gewissen Eingriffen etc.).

Mansky: „Im Prinzip handelt es sich um Krankheitsbilder, bei denen man durch qualitätsverbessernde Maßnahmen die Sterblichkeit beeinflussen kann.“

Daher sind Krebs- und Traumapatienten derzeit noch nicht im A-IQI enthalten.

Was genau wird gemessen?

Ergebnisqualität (Unterparameter wie Sterbefälle, Komplikationen, wiederholte Eingriffe, Leistungsmengen, Wiederaufnahmen)

Klarer Zusammenhang zwischen **Ergebnisqualität** und **Leistungsmengen**: Zahlreiche Studien zum Thema „Mindestmengen“ belegen eindeutig: Je seltener eine Leistung von einem Arzt und einem Krankenhaus erbracht wird, desto höher ist die Sterblichkeit.

Bereich Prozess- und Strukturqualität: z. B. Intensivhäufigkeiten, präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfrakturen, Operationstechniken

Aktuelles Handbuch Version 4.2.: 278 Indikatoren zu 52 Krankheitsbildern/Themenbereichen. Mit diesen 278 Indikatoren werden ca. 44 Prozent aller Krankenhausaufenthalte und 55 Prozent aller Todesfälle gemessen.

3 Indikator-Kategorien:

Indikatoren mit Zielbereich, Sentinel-Ereignisse und Informationsindikatoren (7 Indikatorarten, u. a. Fallzahlen, Todesfälle, Wiederaufnahmen, Operationstechniken, Mindestmengen)

Für die Kennzahlen mit Zielbereich werden Bundesdurchschnitte oder Erwartungswerte als Vergleichsbasis herangezogen, für Indikatoren mit Zielbereich Konfidenzintervalle berechnet. Anhand eines Ampelsystems erfolgt dann eine Einteilung in „nicht auffällig“, „nicht signifikant auffällig“ oder „signifikant auffällig“. Bei der Kategorie „signifikant auffällig“ liegt das gemessene Ergebnis einer Krankenanstalt über dem Zielbereich und auch der Zielbereich außerhalb des 95 Prozent Konfidenzintervalls. Davon ausgenommen sind Sentinel-Ereignisse, dabei handelt es sich um Indikatoren zur Patientensicherheit (z. B. Hüftendoprothesen, Anteil Todesfälle), wo bereits jeder einzelne Todesfall zu einer signifikanten Auffälligkeit führt.

In Bezug auf die Ergebniskategorie „signifikant auffällig“ wurde in der A-IQI-Steuerungsgruppe beschlossen, dass **Peer-Review-Verfahren** durchzuführen sind:

Peer-Review-Verfahren:

Ein strukturiertes, systematisches Verfahren, das auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse basiert. Prinzip der Gegenseitigkeit – direkter Austausch von Expertenwissen. Es werden meistens 15 Krankengeschichten der auffälligen Krankenanstalt ausgewählt, die Ärzte haben die Aufgabe, deren Verlauf nach einem vorgegebenen Schema (Fragenkatalog) selbst zu analysieren, nach 2–3 Monaten besucht ein Peer-Review-Team das Krankenhaus vor Ort. Der Fokus liegt dabei auf dem gesamten Behandlungsprozess im Krankenhaus. Nach der Analyse werden die Ergebnisse mit dem Abteilungsleiter besprochen, es folgt eine Handlungsempfehlung, ein Bericht geht auch an das Ministerium. Diese Maßnahmenempfehlungen sollen weiters nachbereitet und in das interne Qualitätsmanagement aufgenommen werden.

2008: Publikation des Peer-Review-Verfahrens

Die österreichweiten Ergebnisse werden jährlich innerhalb der Community kommuniziert, es werden aber keine Daten auf Bundesland- oder Krankenanstaltenebene veröffentlicht.

Das **A-IQI-System** wird konkret in Deutschland, Österreich und der Schweiz angewendet. In Deutschland sind 351 Akutspitäler Mitglied und nutzen auch das Peer-Review-Verfahren mit inter-

professionellen Teams. Auch die Schweiz nimmt daran teil und veröffentlicht die Zahlen seit 2008 jährlich (pro Krankenanstalt und Indikator).

Österreich verwendet das System in allen Akutspitäler: gesetzliche Verpflichtung zur Messung und Durchführung von Peer-Review-Verfahren. Die Indikatorenergebnisse werden in der A-IQI-Steuerungsgruppe ausgeteilt und den Krankenanstalten mitgeteilt. Peer-Review-Verfahren werden in der Steuerungsgruppe bundesweit festgelegt, Krankenhäuser können sich aber auch selbst melden und um ein Verfahren bitten.

Transparenz: Positiv ist, dass es seit 2013 jährliche Berichte über Fallzahlen gibt, nicht enthalten sind aber Mortalitätszahlen, weder auf Bundesland- noch Krankenanstaltenebene.

Neben A-IQI-Kennzahlen gibt es auch noch andere Messmethoden, z. B. Qualitätsregister (im BIQG angesiedelt), die meisten beruhen auf Freiwilligkeit, die Daten sind nicht valide und vollständig.

Im Gesundheitswesen gäbe es außerhalb des stationären Bereiches aber noch mehr zu messen: **outpatient – ambulanter- und niedergelassener Bereich**. Es gibt eine eigene Projektgruppe, man beginnt gerade mit der Indikatorenentwicklung (z. B. Prozessindikatoren im Bereich Diabetes Mellitus), weitere Indikatoren werden folgen.

DISKUSSIONSBEITRÄGE

In Bezug auf die **zeitliche Erreichbarkeitsgrenze praktischer Ärzte** wurde ursprünglich diskutiert, ob man die festgelegte Grenze von 10 nicht auf 15 Minuten erhöhen sollte. Dr. Gerhard Fülöp sieht diese Notwendigkeit nicht – selbst, wenn viele Standorte wegfallen, kann diese zeitliche Vorgabe von 10 Minuten eingehalten werden, da die Modellrechnung nur 90 Prozent der Wohnbevölkerung mit einbezieht, d. h. für 10 Prozent der Bevölkerung sind höhere Erreichbarkeitsgrenzen akzeptabel – was möglicherweise in Zukunft neu bewertet werden muss, wenn es durch die Pensionswelle bis 2025 zu einem Ärztemangel und Nachbesetzungsproblemen im niedergelassenen Bereich kommt.

Zur **Problematik der Mindestfallzahlen** kommt von Ärzten vielfach die Kritik, dass Mindestfallzahlen pro Spital nicht zielführend sind, weil es im Hinblick auf eine Qualitätsverbesserung eher darauf ankommt, wie viele Eingriffe ein einzelner Arzt durchführt. Dr. Fülöp stimmt diesem Argument zu – eigentlich müsste die Mindestfrequenz pro Arzt bzw. Team betrachtet werden, um Erfahrung und Routine realistisch abbilden zu können.

Auf die **zukünftige Verbindlichkeit des Reha-Plans** hin befragt spricht Dr. Fülöp das historische Problem der Nicht-Synchronisation von Errichtungs- und Betriebsbewilligungen durch die Landessanitätsbehörden einerseits und der Vertragsvergaben durch die Sozialversicherungsträger andererseits an. In der KAKuG-Novelle umgesetzte Lösung: Sozialversicherung bedient sich im Rehabereich künftig der Möglichkeit von Ausschreibungsverfahren für Verträge. D. h., nur derjenige Leistungsanbieter erhält die Errichtungsbewilligung, der den Zuschlag im Vergabeverfahren der SV erhalten hat. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die Nichtabstimmung zwischen Bundesländern, die in derselben Versorgungszone liegen. Die Zukunft wird zeigen, wie sich die ÖSG-VO juristisch umsetzen lässt.

Weiters wurde die **Sinnhaftigkeit der 4 Versorgungszonen** hinterfragt, wenn benachbarte Bundesländer nicht kooperieren. Dr. Fülöp sieht die Situation mit oft langen Reisezeiten zu den RZ nicht so dramatisch, da es oft sogar erwünscht ist, Patienten für einen gewissen Zeitraum aus ihrem sozialen Umfeld herauszulösen. Generell gibt es in Österreich im **stationären** Reha-Bereich ein **Ungleichgewicht in der Versorgung**: Massive Konzentration entlang der Thermenlinie und v.a. in der VZ Süd, unterdurchschnittliche Versorgungsdichte im Westen. Die 4 Versorgungszonen hätten für mehr Ausgewogenheit sorgen sollen. Manche Experten halten dagegen und meinen, dass eine

Ausgewogenheit nicht erforderlich sei. Noch verfügbare Kapazitäten sollten aber zumindest im unterdurchschnittlich versorgten Westen und z.T. auch im Osten angesiedelt werden.

Auf die Frage, ob es Bemühungen gibt, die **Akutbettenanzahl** weiter zu reduzieren, verweist Dr. Fülöp auf das mit 2019 verpflichtende ambulante Bepunktungs-System, das die Attraktivität der Durchführung von Behandlungen im spitalsambulanten Bereich erhöhen und Fehlanreize für den stationären Bereich reduzieren soll (siehe Vortrag Mag. Gerhard Gretzl/SOLVE). Zusätzlich sieht er die **Stärkung** von **Primärversorgungszentren** im **extramuralen Bereich** als weitere wichtige Maßnahme. Generell werden in Ö jährlich einige Hundert Akutbetten abgebaut, fehlende Kapazitäten im Langzeit- und Altenpflegebereich (und damit verbundene Akutbetten-Belegungen) spielen in diesem Zusammenhang keine so große Rolle mehr wie in früheren Jahren. Auch die Reduktion der präoperativen Verweildauer ist ein wichtiger Ansatzpunkt.

Nach den Faktoren befragt, die die großen Unterschiede hinsichtlich der **Mortalitätsrate** am Beispiel der Gallenblasenoperation zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz verursachen, gibt Dr. Fuchs an, dass diese meist nach Durchsicht von 5 Krankengeschichten feststellbar sind: die Qualität des Operateurs, das oft zu lange Zuwarten, das nicht Erkennen eines Krankheitsbildes, dem nicht Nachgehen von Befunden sowie das Fehlen klarer Leitlinien und organisierter Abläufe.

Einhsehbarkeit der Indikatoren: Die Erstindikatoren (Version 1.0/Dr. Fabiola Fuchs) wurden publiziert und sind einsehbar, die weiteren Indikatoren wurden vom Bundesministerium übernommen und sind unter Verschluss: Möglichkeit des Ausweichens auf die G-IQI, die immer publiziert werden. Im Vergleich dazu gibt es in Deutschland eine große Menge an publizierter Qualitätsinformation. Dr. Fülöp sieht den Hauptzweck von Qualitätsinformationen in der unmittelbaren Verbesserung der Qualität.

Auf Dr. Fülöps Frage, ob eine **Alters- und Geschlechtsstandardisierung** tatsächlich ausreicht, um unterschiedlich große Krankenhäuser miteinander vergleichen zu können oder ob nicht zusätzlich eine Risiko-Adjustierung unter besonders gefährdeten Patienten einbezogen werden sollte, bestätigt Dr. Fuchs, dass es bei **G-IQI** keine zusätzliche Risiko-Adjustierung gibt (rein nach Alter und Geschlecht), gibt aber an, dass die Unikliniken ohnehin nur mit Unikliniken verglichen werden – d. h., es handelt sich um eine ähnliche Population. Ob ein großes Krankenhaus hochbehafte Risikopatienten hat, ist auch bei den Peer-Review-Verfahren nach der Durchsicht von 15 Krankengeschichten ohnehin schnell ersichtlich. Sie bestätigt weiter, dass eine solche zusätzliche Risiko-Adjustierung machbar, aber sehr aufwändig wäre, wie das Einbeziehen von Komorbiditäten aktuell bei **A-CQI** zeigt, weil man einen viel längeren Zeitraum betrachtet. Es müssten dann für jeden Indikator die Komorbiditäten festgelegt werden. In gewisser Weise ist eine bestimmte Risikoadjustierung aber automatisch durch die Altersklassen gegeben. **A-IQI** unterscheidet nicht, ob ein Patient einen oder mehrere Herzinfarkte hatte, ob er z. B. zusätzlich Diabetiker ist oder noch andere Komorbiditäten vorliegen, es wird die Aufnahme gezählt, Fälle = Aufnahme. Bei **A-CQI** betrachtet man den Patienten und blickt weiter in die Vergangenheit.

Dr. Fuchs spricht sich gleichzeitig auch dafür aus, die **Qualitätsparameter** verstärkt in die **Planung** miteinzubeziehen, so wie beispielsweise **I-QTIG in Deutschland** den Auftrag hat, sich um planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu kümmern, um klare Versorgungsaufträge definieren zu können.

Nach den Möglichkeiten befragt, **Ergebnisqualität** in der **Primärversorgung** messen zu können, weist Dr. Fuchs darauf hin, dass sich der HVB bereits mit dieser Thematik beschäftigt (auch im Zusammenhang mit dem ärztlichen Überweisungsverhalten). Eine Möglichkeit wäre, chronische Krankheiten wie Diabetes Mellitus zu betrachten, um dann von Prozessindikatoren Messgrößen zu definieren, es können aber auch Ergebnisqualitätsindikatoren definiert werden, z. B. wie viele Diabetiker in Folge mit einem Herzinfarkt im Krankenhaus aufgenommen werden (bis hin zur Beinamputation). Die Frage der Verantwortlichkeit in einer Region sei aber schwieriger zu beantworten. Weiters muss berücksichtigt werden, dass auch die Beeinflussbarkeit der Compliance der Patienten im niedergelassenen Bereich nicht so gegeben ist wie im stationären Bereich, daher ist Qualitätsmessung hier schwieriger. In Deutschland werden z. B. Prozessindikatoren im niedergelassenen Bereich gemessen, wie etwa die Quote des Raucherentwöhnungs-Angebotes oder Impfquoten, diese Art des Monitorings der Prozessqualität ist in Österreich zur Zeit nicht möglich.

Auf die Möglichkeit der Messung von **Prozessqualität** im Bereich der gesamten **ambulanten Versorgung** angesprochen, nennt Dr. Fülöp einige Anhaltspunkte:

Ambulatory care sensitive conditions (ACSC): Reihe von Krankheitskomplexen, bei denen für die betroffenen PatientInnen ein Krankenhausaufenthalt potentiell vermeidbar wäre und die Problemfelder in der ambulanten (Primär-)Versorgung aufdecken können (klassisches Beispiel: Diabetes mit Komplikationen).

Weitere Anhaltspunkte finden sich in den **gesetzlichen Grundlagen** der **15a-Vereinbarung** bzw. im „**Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz**“, nämlich in Form der Kriterien, welche Faktoren in einer Region darauf hinweisen können, dass dringend eine funktionierende Primärversorgung nötig wäre. Außerdem nennt er Beispiele aus dem Gesetzestext wie etwa den **Anteil von Spitalsambulanten Kontakten an allen ambulanten Kontakten** (unter der Annahme „je mehr Patienten in die Spitalsambulanz geschickt werden bzw. diese selber aufsuchen, desto ungünstiger die Situation im Primärversorgungssektor der Region“). Als weiteres Beispiel nennt er auch den **Anteil an Überweisungsraten**: Je niedriger die Überweisungsraten, umso besser funktioniert vermutlich die Primärversorgung. Diese Problematik wird in den nächsten Monaten systematisch angegangen werden.

Die dafür **erforderlichen Daten** und auch die **Zugriffsmöglichkeit** darauf gibt es laut Dr. Fülöp seit 2014 (auf bundesgesetzlicher Basis via BMGF organisiert), allerdings verweist er an dieser Stelle auf derzeit noch bestehende **Daten-Validitäts-Probleme**. Seiner Ansicht nach werden noch einige „Validierungs-Schleifen“ nötig sein, bis man davon ausgehen kann, dass zumindest die Anzahl der Kontakte bundeseinheitlich und somit über die Regionen hinweg vergleichbar erfasst wird.

Abschließend auf den Austritt der Landeskliniken-Holding aus der **IQM (Initiative Qualitätsmedizin)** angesprochen, würde Dr. Fuchs sich auch für Österreich eine Öffnung des Systems und stärkere Zusammenarbeit mit Deutschland und der Schweiz wünschen.