



Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen durch die Erhebung der PatientInnen­sicht

**Anwendungsmöglichkeiten von Patient Reported Outcome
Measures und Patient Reported Experience Measures
(PROMs und PREMs) im niedergelassenen Bereich in
Österreich**

Dezember 2019

Erstellt von: Noemi Kiss MSc., Mag. Sonja Scheffel BA

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung

1030 Wien, Haidingergasse 1

Kontakt: Tel. 01/ 71132-0

ewg@sozialversicherung.at

Inhalt

Inhalt	2
Sonstige Verzeichnisse	3
Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Management Summary	5
1 Aktuelle politische Zielsetzungen	7
2 Herausforderungen bei der Messung der Qualität und Effizienz im niedergelassenen Bereich	9
3 Ziele des Berichts	12
4 Methode	13
5 PREMs und PROMs als Qualitätsindikatoren	14
5.1 Patient Reported Experience Measures (PREMs)	15
5.2 Patient Reported Outcome Measures (PROMs)	17
5.3 Einsatz von PREMs und PROMs in Kombination.....	20
6 Anwendungsbereich auf Gesundheitssystemebene	22
7 (Internationale) PROMs- und PREMs-Indikatoren im niedergelassenen Bereich	24
7.1 Internationale PREMs-Modelle im niedergelassenen Bereich	25
7.2 Internationale PROMs-Modelle im niedergelassenen Bereich.....	27
7.3 Internationale Erfahrungen mit dem kombinierten Einsatz von PROMs- und PREMs-Erhebungen.....	28
8 Ergebnisse der sozialversicherungsweiten Befragung zu PREMs- und PROMs-Erhebungen	31
9 Schlussfolgerung	35
10 Referenzen	36

Sonstige Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der drei Hauptziele der Zielsteuerung Gesundheit 2017-2021 .	7
Abbildung 2: Abschätzung Anzahl der täglichen E-Card-Konsultationen (bereinigt) im niedergelassenen Bereich pro Bundesland und pro Arzt/pro Ärztin (exklusive FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) im Jahr 2018.....	10
Abbildung 3: Konzepte und Qualitätsindikatoren von PREMs und PROMs	15
Abbildung 4: Beispielfrage aus dem Fragebogen zur „Erhebung der Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für österreichische Primärversorgungseinrichtungen“	16
Abbildung 5: Beispielfrage aus dem „EQ-5D-3L-Fragebogen“	19
Abbildung 6: Dimensionen von PREMs- und PROMs-Indikatoren bei kombiniertem Einsatz.....	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wesentliche Charakteristika und Dimensionen der am häufigsten eingesetzten, generischen PROMs-Fragebögen.....	18
Tabelle 2: Gegenüberstellung der Anwendungsbereiche von PROMs und PREMs [5, 7] (eigene Darstellung)	23
Tabelle 3: Fragekategorien des UK NHS „Outpatient Survey“ [30].....	25
Tabelle 4: Fragekategorien des QUALICOPC PatientInnen-Fragebogens [33]	26
Tabelle 5: Überblick über generische Instrumente für den niedergelassenen Bereich [7, 10] (eigene Darstellung).....	29
Tabelle 6: Themenbereiche der 73 eingeschlossenen Projekte zur Identifikation von PROMs-und PREMs-PatientInnenbefragungen innerhalb der Sozialversicherung.....	33

Abkürzungsverzeichnis

AK VP	Arbeitskreis Versorgungsplanung
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BSC	Balance Score Card
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
EQ-5D	EUROQOL Messinstrument zu PatientInnen-Outcomes
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HRQoL	Health-Related Quality of Life
HTA	Health Technology Assessment
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
VAEB	Sozialversicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

Management Summary

Hintergrund

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit bestehen Bestrebungen in Richtung einer effizienten Gesundheitsversorgung und Patientenorientierung. Die Versorgung muss dabei hochwertig, bedarfsgerecht und patientenzentriert sein sowie eine Beteiligung der PatientInnen im Rahmen von Entscheidungsprozessen ermöglichen.

Einen wichtigen Beitrag zur Erreichung von Effizienz im Gesundheitswesen und zur Stärkung der Versorgungsqualität leisten regelmäßige PatientInnenbefragungen. Erhebungen zu den Erfahrungen („Patient Reported Experience Measures“ - PREMs) und zu den Behandlungsergebnissen („Patient Reported Outcome Measures“ - PROMs) der PatientInnen fungieren dabei als zentrale Qualitätsindikatoren.

Methode

Zur Aufbereitung des Themas wurde zunächst eine zielgerichtete Literaturrecherche zum Thema „Good Practice Beispiele“ und zur internationalen Anwendung von PROMs/PREMs im niedergelassenen Bereich durchgeführt. Hierfür wurden die Webseiten zentraler österreichischer Stakeholder durchsucht. Ergänzend wurde im Mai 2019 eine SV-weite schriftliche Erhebung zur Identifikation von Projekten und PatientInnenbefragungen zu diesem Thema innerhalb der Sozialversicherung durchgeführt.

Ergebnisse

Durch die Erhebung der individuellen PatientInnenperspektiven durch PROMs- und PREMs-Indikatoren können die Behandlungspfade der PatientInnen besser dargestellt werden, um in weiterer Folge eine Evaluierung und ein Monitoring des Systems zu ermöglichen und Verbesserungspotenziale darzustellen. Des Weiteren kann die PatientInnensicht, durch die Erhebung von PROMs- und PREMs-Indikatoren, mit der Perspektive der verschiedenen Stakeholder (z.B. der ÄrztInnen oder des Gesundheitssystems) verbunden werden. Dadurch kann eine PatientInnenbeteiligung bei diversen Entscheidungsprozessen auf verschiedenen Ebenen ermöglicht werden. Das Interesse bezüglich der Anwendung von PROMs- und PREMs-Erhebungen im gesamten Gesundheitssystem ist in den vergangenen Jahren gestiegen und geht mittlerweile über den Einsatz von PROMs- und PREMs-Indikatoren als Tool in klinischen Studien hinaus. International betrachtet haben PREMs ihren Ursprung im niedergelassenen Bereich und werden häufig in Form von standardisierten Fragebögen im niedergelassenen Gesundheitsbereich eingesetzt. PROMs hingegen wurden ursprünglich für den Einsatz im Krankenhaus im Bereich klinischer Studien entwickelt, finden aber mittlerweile auch im Rahmen der niedergelassenen Routinedatenerhebung Anwendung.

Bei der SV-weiten Befragung wurden insgesamt 73 relevante Projekte mit Bezug zu PROMs/PREMs gemeldet. Bei den meisten Projekten handelte es sich inhaltlich um Befragungen zu einmaligen Gesundheitsförderungs- bzw. Präventionsprogrammen, um die Befragung zu bestimmten Krankheiten oder Leistungen sowie zu unterschiedlichen Versorgungsebenen. PROMs/PREMs-Instrumente spielen im niedergelassenen Bereich eine große Rolle, bspw. zur Evaluierung bestimmter Krankheitspfade und um die

PatientInnensicht bei manchen Behandlungen einzubeziehen. Dennoch gibt es bis dato kein österreichweites Instrument, das für ein umfassendes Gesamtbild alle Krankheiten berücksichtigt, die Versicherten einbezieht und zusätzlich eine Art Datennetzwerk darstellt, welches die PatientInnensicht abbildet, zur Kommunikation an die Stakeholder dient und zur Identifikation von Verbesserungspotentialen sowie zur Erhöhung der Qualität fungiert.

Schlussfolgerung

PROMs- und PREMs Erhebungen spielen sowohl international wie auch in Österreich eine zunehmende Rolle in der Qualitätsmessung und Verbesserung des niedergelassenen Bereichs durch Evaluierung und Monitoring. Eine einheitliche Vorgehensweise im niedergelassenen Bereich in Österreich könnte zu einer besseren Vergleichbarkeit, Kontinuität und Versorgungsgerechtigkeit führen. Zukünftig wäre der strukturierte Einsatz eines österreichweit, einheitlichen PROMs- und PREMs-Instrumentes auf nationaler Ebene sinnvoll. Zudem sollen weitere Projekte im Bereich PROMs und PREMs etabliert werden, um dadurch einen Beitrag zur Optimierung der Gesundheitsversorgung in Österreich zu leisten.

1 Aktuelle politische Zielsetzungen

Eine hochwertige Gesundheitsversorgung und die Gewährleistung einer entsprechenden PatientInnensicherheit stellen grundlegende Elemente und Ziele im ambulanten Gesundheitssektor dar. Die PatientInnen sollen durch das Gesundheitssystem sicher versorgt sein, um so eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu ermöglichen. Um diese Ziele möglichst effizient und mit einer hohen Versorgungsqualität zu erreichen, bedarf es einer entsprechenden Gestaltung der Gesundheitspolitik auf Basis von umfassender Evidenz sowie hinsichtlich der Bedürfnisse der PatientInnen. Diese müssen daher in Entscheidungsprozesse bezüglich ihrer Behandlung und Gesundheitsversorgung miteinbezogen werden.

Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (2017-2021) wird diesbezüglich die patientenzentrierte Versorgung und die nachhaltige Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und effizienten Gesundheitsversorgung und Ergebnisqualität im ambulanten Bereich gefordert (B-ZV 2017-2021, Artikel 2 u. 3). Die BürgerInnen- und PatientInnenorientierung werden dabei als zentrale Merkmale angeführt, die eine aktive Beteiligung der PatientInnen an gesundheitsrelevanten Entscheidungen hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes ermöglichen sollen (B-ZV 2017-2021, Artikel 3.5). Das „[...] Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse [...]“ stellt ein strategisches Ziel der aktuellen Gesundheitsreform dar. Dadurch soll eine gleichbleibende bzw. gesteigerte Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich erzielt werden und ein Beitrag zur Stärkung der Sachleistungsversorgung gewährleistet werden. Eine entsprechende Qualitätsmessung im Gesundheitswesen stellt dabei eine wesentliche Grundlage zur Stärkung und Optimierung der Versorgung(-squalität) dar (B-ZV 2017-2021, Artikel 2, Z 7). [1]

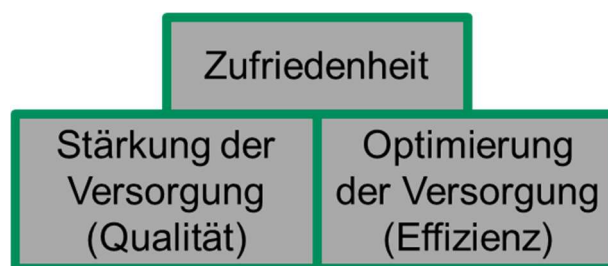


Abbildung 1: Darstellung der drei Hauptziele der Zielsteuerung Gesundheit 2017-2021

Eigene Darstellung basierend auf Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene: Zielsteuerung-Gesundheit. (2017-2021) Bund, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Länder

Um dem Auftrag aus dem Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene gerecht werden zu können und die Ziele zu erreichen, müssen die Bedürfnisse der PatientInnen sowie ihre Erfahrungen Berücksichtigung finden und in einem ausreichenden Maß repräsentiert werden. Dafür ist es erforderlich, dass PatientInnendaten erhoben werden. Die bis dato eingesetzten Methoden zur Erhebung von Daten aus der PatientInnensicht (u.a. Erhebung der Zufriedenheit) betrachten die Erfahrung der PatientInnen im Gesundheitswesen sowie

deren Bedürfnisse oftmals unsystematisch und unzureichend. Die aktuellen administrativen Routinedaten der Sozialversicherung beinhalten keine Indikatoren, die zur Evaluierung der Qualität der PatientInnenoutcomes und PatientInnenzufriedenheit im niedergelassenen Bereich herangezogen werden können. Um die Ziele hinsichtlich Stärkung der Versorgungsqualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu erreichen, welche u.a. im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene formuliert wurden, ist es erforderlich, dass adäquate und einheitliche Instrumente entwickelt und eingesetzt werden. Eine wichtige, umfassende Methode zur Erreichung dieser Ziele sind daher PROMs- und PREMs-Instrumente (siehe Abbildung 1).

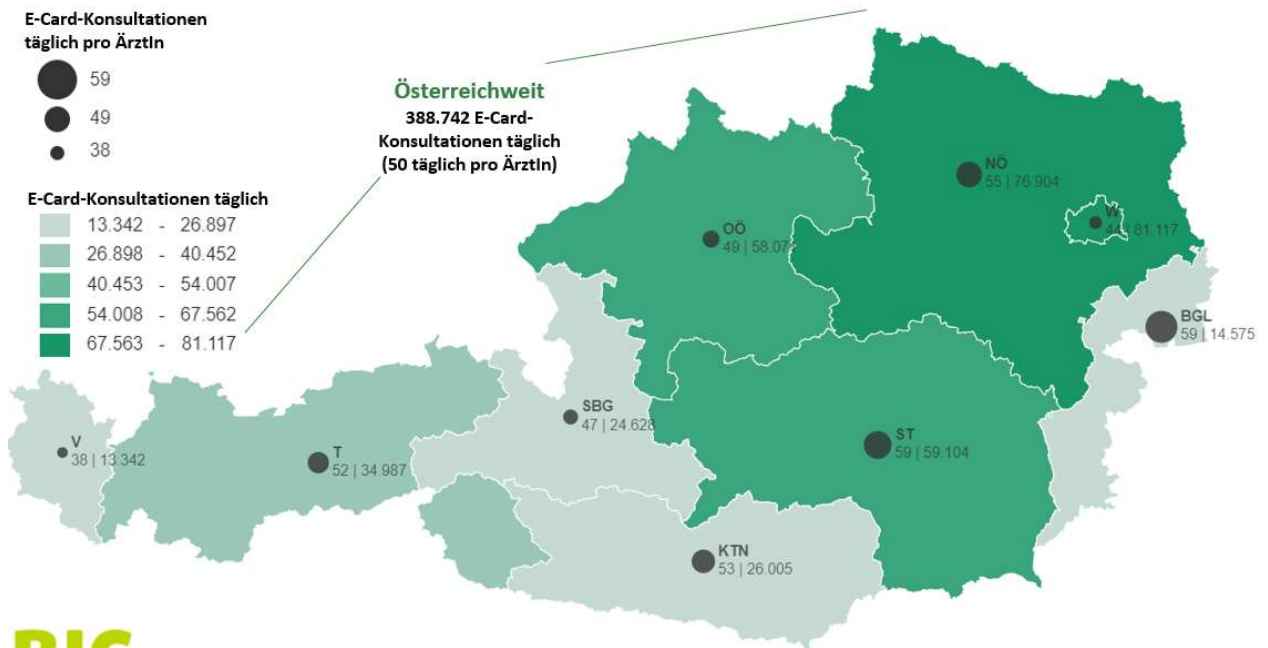
In diesem Zusammenhang müssen regelmäßige Erhebungen zu den Patientenerfahrungen („Patient Reported Experience Measures“ - PREMs) und zu den Gesundheitsoutcomes („Patient Reported Outcome Measures“ - PROMs) der PatientInnen stattfinden, damit diese Indikatoren angemessen abgebildet und berücksichtigt werden.

In diesem Bericht werden die Begriffe PREMs und PROMs definiert und deren kombinierter Einsatz näher beschrieben. Zudem werden der aktuelle Status in Österreich sowie mögliche Anwendungsbereiche und Einsatzgebiete aus der Literatur erläutert. Zukünftige Implementierungsmöglichkeiten werden ebenfalls dargestellt.

2 Herausforderungen bei der Messung der Qualität und Effizienz im niedergelassenen Bereich

Die Behandlungsergebnisse akuter und schwerwiegender Erkrankungen sind im stationären Bereich relativ gut zu beobachten, leicht messbar und können in Zahlen ausgedrückt werden. Diese Ergebnisse werden oft in Form von Routinedaten im Krankenhaus erhoben. Zum Messbarmachen von Qualität sind diese Werte von Bedeutung. Im niedergelassenen Bereich hingegen findet im Vergleich zum stationären Bereich eine andere Art der Versorgung statt. Hier geht es primär um eine Erstbeurteilung des Gesundheitszustandes der PatientInnen durch den niedergelassenen Arzt/die niedergelassene Ärztin, und in weiterer Folge um eine Diagnosestellung. Im niedergelassenen Bereich ist mit einer hohen Variation von PatientInnen zu rechnen, die sich hinsichtlich der Art und dem Grad der Erkrankungen sowie bezüglich der Dauer und der Behandlungsziele sehr unterscheiden. Es findet eine kontinuierliche Behandlung chronischer sowie nicht allzu schwerer Erkrankungen an einem Behandlungsort statt. Zudem erfolgt oftmals eine Triage und Überweisung von PatientInnen zu den adäquaten fachlichen Versorgungsorten. Aufgrund dieser Variabilität und aufgrund der Anforderung, dass alle PatientInnen trotz ihrer unterschiedlichen Krankheiten und Behandlungspfade berücksichtigt werden müssen, stellt das Messbarmachen der erreichten (Behandlungs-)Ziele des Gesundheitssystems im niedergelassenen Bereich eine große Herausforderung dar (z.B. adäquate Versorgungsqualität, Inanspruchnahme von Leistungen am „Best Point of Service“).

Die Verbesserung des Gesundheitszustandes ist nicht nur durch den Arzt/die Ärztin anhand von klinischen Parametern zu beurteilen, sondern es geht auch um die Berücksichtigung von Komponenten, die nur aus der PatientInnensicht erhoben werden können, wie Funktionalität im Alltag, Vertrauen, Sicherheit und Lebensqualität. Diese Indikatoren sind auch Ziele der Versorgung, speziell im niedergelassenen Bereich, wo eindeutige klinische Parameter aufgrund der Verschiedenheit der PatientInnen und Krankheiten nur schwer zu messen sind. Zudem stellt ein Follow-up der PatientInnen im niedergelassenen Bereich eine Herausforderung dar. Informationen aus Sicht der PatientInnen können außerdem auch Hinweise zu den Prozessen liefern und hinsichtlich der Effizienz des Systems.



BIG.

Abbildung 2: Abschätzung Anzahl der täglichen E-Card-Konsultationen (bereinigt) im niedergelassenen Bereich pro Bundesland und pro Arzt/pro Ärztin (exklusive FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) im Jahr 2018¹

Quelle: E-Card-Cube und Leistungserbringer-Cube aus BIG, Dachverband der Sozialversicherungen

Im Jahr 2018 gab es durchschnittlich in Österreich täglich 388.742 E-Card Konsultationen bei allen ärztlichen Fachgebieten (exklusive FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) im niedergelassenen Bereich. Dies entspricht durchschnittlich einer Anzahl von 50 E-Card Konsultationen von PatientInnen pro Tag pro ÄrztIn (siehe Abbildung 2). [2, 3]

Diese Routinedaten geben zwar einen Überblick über die regionale Variabilität im Bereich der Versorgung, sie bieten jedoch den EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen keinen Zugang zu klinischen Outcomes von PatientInnen. Routinedaten ermöglichen wenig Einblick in die Behandlungsprozesse und liefern keine Hinweise auf die Erfahrungen von PatientInnen und deren Gesundheitsoutcomes, welche schlussendlich für die Inanspruchnahme einer ärztlichen Konsultation entscheidend sein können. Die Gewährleistung von Einblicken in die Outcomes und Erfahrungen von PatientInnen stellt

¹ In Abbildung 2 werden exemplarisch die E-Card-Konsultationen anhand von Abrechnungsdaten der Sozialversicherung in einer Österreichkarte dargestellt. Datengrundlage der Auswertung bilden die Datenbanken bzw. Daten-Cubes „E-Card“ und „Leistungserbringer“ aus BIG (Business Intelligence im Gesundheitswesen), wobei die E-Card-Konsultationen und die Anzahl der LeistungserbringerInnen aus dem Jahr 2018 dargestellt werden. Diese GIS-Karte zeigt die Anzahl der E-Card-Konsultationen (bereinigt) im niedergelassenen Bereich pro Tag und pro Bundesland im Jahr 2018. In dieser Berechnung wird zunächst die Anzahl der E-Card-Konsultation (bereinigt) im Jahr 2018 pro Tag ermittelt. Hierfür werden alle E-Card-Konsultationen (bereinigt) im Jahr 2018 herangezogen und durch die Anzahl an Werktagen dividiert, wobei 261 Werktagen im Jahr 2018 angenommen werden. Demnach gab es im Jahr 2018 durchschnittlich in Österreich pro Tag rund 388.742 E-Card-Konsultationen. Stellt man diese Zahl der Anzahl der LeistungserbringerInnen im niedergelassenen Bereich (AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen exklusive der FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) mit einem Vertrag zum Stichtag 31.12.2018 gegenüber, so ergibt sich eine Anzahl von durchschnittlich 50 E-Card-Konsultationen von PatientInnen pro Tag pro Arzt/pro Ärztin.

ein Schlüsselement zur Optimierung der Versorgung dar und ermöglicht Effizienz und Qualität im niedergelassenen Bereich. Für eine adäquate Beurteilung der Effizienz des Gesundheitssystems und für eine Verbesserung der Gesundheitsoutcomes sind daher neben den Routinedaten zur Leistungsanspruchnahme (abgerechnete Leistungen) im niedergelassenen Sektor und den Krankheitsdiagnosen im stationären Bereich auch Informationen bezüglich des Verhaltens und der Erfahrungen von PatientInnen mit dem Gesundheitssystem erforderlich. Durch die Erhebung und Abbildung der Sichtweisen von PatientInnen können sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen befähigt werden, sich aktiv am Behandlungsprozess zu beteiligen. ÄrztInnen erhalten dadurch einen Einblick in die Outcomes ihrer Behandlungen und können in weiterer Folge durch Selbstevaluation ihre Behandlungsprozesse verbessern. PatientInnen können hingegen ihre Sichtweisen darlegen, die anschließend an die Entscheidungsträger kommuniziert werden. Durch Befragungen können PatientInnen ein Feedback bezüglich ihrer Erfahrungen mit und Erwartungen an das Gesundheitssystem einbringen und in ihre Behandlungsprozesse miteinbezogen werden, diesbezüglich selbst bestimmen und hinsichtlich ihrer Gesundheit eigene Entscheidungen treffen.

Bestrebungen in Richtung PatientInnenorientierung und PatientInnenbeteiligung in Gesundheitsentscheidungen ermöglichen einen Erkenntnisgewinn darüber, ob – im Sinne des Best Point of Service – die richtige Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort erfolgt. Durch die Berücksichtigung der Erfahrungen sowie durch die Beteiligung der PatientInnen an ihrer Gesundheitsversorgung soll eine nachhaltige Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ermöglicht und die Zufriedenheit mit dem System erhöht werden. Zukünftig muss daher die Ausrichtung des Gesundheitssystems verstärkt auf die PatientInnenorientierung und PatientInnenbeteiligung abzielen.

Um einen entsprechenden Einblick zu erhalten und Informationen bezüglich der PatientInnensicht zu bekommen, sind regelmäßige, umfassende, österreichweite PROMS und PREMs-Befragung nötig.

3 Ziele des Berichts

Dieser Bericht stellt eine Grundlage für zukünftige Arbeiten zum Thema Qualitätsindikatoren dar und bietet zudem eine Basis für die Evaluierung, das Monitoring, und die Verbesserung der Qualität und Effizienz im niedergelassenen Bereich und zur Einbeziehung von PatientInnen in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen.

Dieser Bericht gliedert sich in vier Abschnitte, die zugleich Ziele dieses Kurzberichts darstellen. Folgende Ziele sollen im Rahmen dieses Berichtes erarbeitet werden:

- 1) Definition der beiden Begriffe „Patient Reported Experience Measures“ (PREMs) und „Patient Reported Outcomes Measures“ (PROMs) (Kapitel 5);
- 2) Darstellung der Anwendungsmöglichkeiten und Chancen, welche sich durch den Einsatz von PROMs und PREMs ergeben können, wenn diese als Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz und Qualität eingesetzt werden (Kapitel 6);
- 3) Beschreibung und Analyse der bisherigen Anwendungsbereiche von PROMs und PREMs im niedergelassenen Bereich auf internationaler Ebene (Kapitel 7) und
- 4) Darstellung der Ergebnisse der sozialversicherungsweiten Befragung zu PROMs- und PREMs-Erhebungen in Österreich (Kapitel 8);

4 Methode

Im Rahmen der SV Balance Score Card (BSC) 2019 wurde unter dem Aspekt der Qualität im Gesundheitswesen und im Sinne der PatientInnenorientierung die Erarbeitung verschiedener Indikatoren zum Themenfeld PatientInnenzufriedenheit als Ziel formuliert. Die Bearbeitung des Themas „Patient Reported Outcome Measures (PROMs) / Patient Reported Experience Measures (PREMs)“ ist ein Bestandteil dieses BSC-Ziels. Hierbei sollten insbesondere auch die bereits gemachten Erfahrungen in der Sozialversicherung mit PatientInnenbefragungen erhoben werden.

Um dieses BSC-Ziel zu erreichen, wurde zunächst eine zielgerichtete Literaturrecherche zum Thema PROMs/PREMs auf internationaler Ebene in der Datenbank Embase durchgeführt sowie die Webseiten zentraler Stakeholder (z.B. OECD und GÖG) durchsucht, um Hintergrundinformationen zu PatientInnenbefragungen und Definitionen von PROMs sowie PREMs zu erheben.

In diesem Zusammenhang wurden in einem weiteren Schritt ergänzend eine Erhebung zur Identifikation von Patientenbefragungen innerhalb der Sozialversicherung durchgeführt und ein kurzer Fragebogen an die TeilnehmerInnen des Arbeitskreises Versorgungsplanung (AK VP) im Mai 2019 geschickt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse dieser Recherchetätigkeit zum Thema PROMs/PREMs dargestellt und die beiden Begrifflichkeiten näher beschrieben (Kapitel 5-6). Anschließend erfolgt eine Auflistung internationaler PROMs- und PREMs-Erhebungen (Kapitel 7) sowie eine überblicksmäßige Darstellung der Ergebnisse basierend auf den Rückmeldungen der SV-weiten Erhebung (Kapitel 8).

5 PREMs und PROMs als Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren sind Kennzahlen, deren Ausprägungen einen Hinweis zum Ausmaß der Versorgungsqualität im Bereich von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen ermöglichen [4-6]. Die Darstellung der Versorgungsqualität aus PatientInnen-sicht ist mit Hilfe von zwei verschiedenen Qualitätsindikatoren möglich: (1) PREMs („Patient Reported Experience Measures“) und (2) PROMs („Patient Reported Outcome Measures“).

- **PREMs** („Patient Reported Experience Measures“) sind Maßzahlen, die durch ein Befragungsinstrument einmalig erhoben werden (pro PatientIn oder pro Kontakt). Diese messen das Gefühl von Zufriedenheit, Vertrauen und Sicherheit der PatientInnen bei einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem und können auch wichtige Prozessindikatoren abbilden. [7]
- **PROMs** („Patient Reported Outcome Measures“) sind Maßzahlen, die eine Änderung des Gesundheitszustands messen, wie z.B. die Lebensqualität oder Funktionalität im Alltag. Die Indikatoren werden aus diesem Grund innerhalb eines bestimmten Zeitraums mindestens zweimal mit einem validierten Befragungsinstrument erhoben (einmal um den Ist-Zustand festzustellen und einmal nach dem Kontakt, um einen Vergleich darzustellen). [7, 8]

In Abbildung 3 werden die jeweiligen Konzepte auf denen PREMs und PROMs beruhen sowie die dahinterliegenden Qualitätsindikatoren angeführt. [7, 9-11]

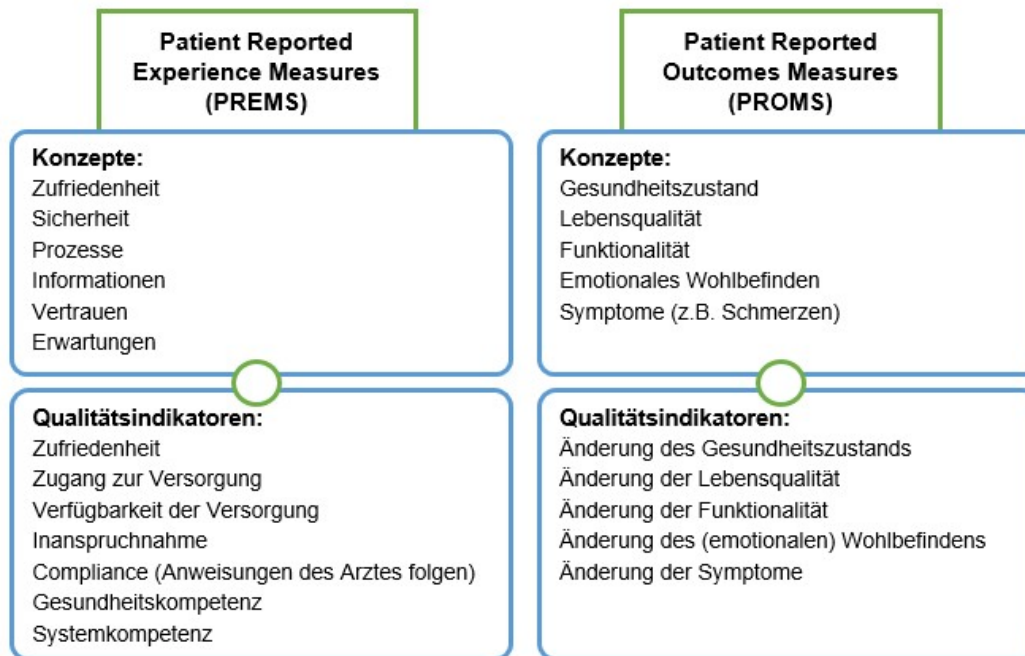


Abbildung 3: Konzepte und Qualitätsindikatoren von PREMs und PROMS

Eigene Darstellung basierend auf folgenden Konzepten: •Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018. Report No.: 303. • Cleary PD. Evolving Concepts of Patient-Centered Care and the Assessment of Patient Care Experiences: Optimism and Opposition. Journal of health politics, policy and law. 2016;41(4):675-96. •Murphy M, Hollinghurst S, Salisbury C. Identification, description and appraisal of generic PROMs for primary care: a systematic review. BMC family practice. 2018;19(1):41. •Tefera L, Lehrman WG, Conway P. Measurement of the Patient Experience: Clarifying Facts, Myths, and Approaches. Jama. 2016;315(20):2167-8. •Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement. United Kingdom: Cambridge University Press; 2009.

Im nachfolgenden Abschnitt erfolgen genauere Ausführungen zur Unterscheidung der beiden Begriffsdefinitionen von PREMs und PROMs.

5.1 Patient Reported Experience Measures (PREMs)

PREMs (Patient Reported Experience Measures) messen die Erfahrungen von PatientInnen, so, wie sie von den betreffenden Personen wahrgenommen werden, in Bezug auf den Behandlungsprozess und die Gesundheitsversorgung oder das Gesundheitsservice. PREMs stellen Prozessindikatoren aus der Sicht der PatientInnen dar und liefern Informationen bezüglich ihrer Erfahrungen und dem Gefühl von Zufriedenheit, Vertrauen und Sicherheit. Diese Messung kann den LeistungsanbieterInnen auch aufzeigen, welche Erwartungen die PatientInnen an die Gesundheitsversorgung haben.

PREMs sind ein wichtiges Tool für das Monitoring und Management der Versorgung, weil mangelhafte PREMs-Outcomes zu einer suboptimalen Nutzung oder zu inadäquaten Verhaltensweisen von PatientInnen im Gesundheitswesen führen können. Einfacher gesagt: Wenn die PatientInnen mit ihrer Versorgung unzufrieden sind und ihren ÄrztInnen und dem Gesundheitssystem nicht vertrauen bzw. sich bei der Kontaktaufnahme zur Abklärung ihrer Symptome nicht ernstgenommen fühlen, dann hat dies mitunter eine inadäquate Inanspruchnahme von LeistungsanbieterInnen zur Folge. Das bedeutet, dass die PatientInnen möglicherweise nicht zum richtigen Zeitpunkt den richtigen Ort aufsuchen, um die „richtige Versorgung“ zu bekommen.

Aus diesem Grund ist die Berücksichtigung der Erfahrungen von PatientInnen im niedergelassenen Bereich besonders relevant, weil es gerade in diesem Bereich schwer ist das Inanspruchnahmeverhalten von PatientInnen zu eruieren. Die klinischen Outcomes sind so verschieden, wie die PatientInnen selbst und manchmal liegen die Outcomes außerhalb des klinischen Bereiches und können nur durch Befragungen messbar gemacht werden. Die Erhebung von PREMs dient daher auch der Berücksichtigung von nicht klinischen Outcomes (z.B. Verbesserung der Lebensqualität).

Qualitätsindikatoren, welche im Rahmen von PREMs-Erhebungen ermittelt werden, sind für Versorgungsentscheidungen unterschiedlichster Stakeholder anwendbar und werden zu diesem Zweck erhoben. PREMs können auch intern für ein Benchmarking oder zum Vergleich von LeistungsanbieterInnen dienen und für die Bewertung des Gesundheitswesens eingesetzt werden. Wenn PREMs regelmäßig in einer repräsentativen Population gemessen werden, dann können auch die Entwicklungen und die potentiellen Verbesserungen oder Verschlechterungen der Gesundheitsversorgung sowie Änderungen bezüglich der Erwartungen der PatientInnen dargestellt und in weiterer Folge bearbeitet werden.

Abbildung 4 zeigt eine Beispielfrage aus dem PREMs-Instrument zur „Erhebung der Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für österreichische Primärversorgungseinrichtungen“.

D.) Erklärungen erhalten				
Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Ihre Erkrankung und die Behandlung aufgeklärt?				
nie			immer	Aufklärung war nicht notwendig.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Kontrolltermine aufgeklärt?				
nie			immer	Kontrolltermine waren nicht notwendig.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert, wohin Sie sich wenden können, wenn die Einrichtung geschlossen hat?				
nie			immer	Information war nicht notwendig.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abbildung 4: Beispielfrage aus dem Fragebogen zur „Erhebung der Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für österreichische Primärversorgungseinrichtungen“

Quelle: Siebenhofer-Kroitzsch A, Abuzahra M, Wratschko K, Avian A. Fragebogenentwicklung Zur Erhebung Der Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für österreichische Primärversorgungseinrichtungen. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2017.

5.2 Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

PROMs (Patient Reported Outcome Measures) messen und vergleichen den eigenen subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand von PatientInnen vor der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens oder vor einer Intervention im Gegensatz zum selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand nach der Kontaktaufnahme/Intervention bzw. im Zeitverlauf. PROMs können die Lebensqualität, Funktionalität, Schmerzen, psychische Gesundheit, das Wohlbefinden und andere Konzepte messen, die klinisch nicht von ÄrztInnen beobachtet werden können. PROMs-Instrumente können generisch oder krankheitsspezifisch formuliert sein. [7, 8, 12, 13]

PROMs sind in der wissenschaftlichen Literatur stärker vertreten als PREMs, weil PREMs-Ergebnisse ort- und kulturspezifisch betrachtet werden müssen. PROMs-Ergebnisse können hingegen international übertragen werden und spielen eine wichtige Rolle in klinischen Studien und für die Entscheidungsprozesse im Bereich der Rückerstattung und Zulassung von Heilmitteln [7, 8, 14]. Die bekanntesten generischen (nicht krankheitsspezifischen) PROMs sind die Instrumente zur Messung der Lebensqualität von der EuroQol Group (EQ-5D) [15], der 36-Item Short Form Health Survey und RAND Group Medical Outcomes Study Survey (SF-36 und MOS-36) [16-18], der Health Utility Index (HUI) [19] und das Nottingham Health Profile Instrument [20] [7, 10].

Tabelle 1 beschreibt die zentralen Charakteristika dieser Instrumente.

Tabelle 1: Wesentliche Charakteristika und Dimensionen der am häufigsten eingesetzten, generischen PROMs-Fragebögen

Fragebogen-Instrument	(Geplanter) Anwendungsbereich	Anzahl der Fragen	Dimensionen	Bewertung
EQ-5D [15]	Klinische Studien (Spitalsbereich)	5	<ul style="list-style-type: none"> • Beweglichkeit, Mobilität • die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen • Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Hausarbeit, Familie, Freizeit) • Schmerzen, körperliche Beschwerden • Angst, Niedergeschlagenheit 	Health-state utilities
SF-36 / MOS-36 [16-18, 21]	Klinische Studien (Spitalsbereich)	36*	<ul style="list-style-type: none"> • Vitalität • Körperliche Funktionsfähigkeit • Körperliche Schmerzen • Allgemeine Gesundheitswahrnehmung • Körperliche Rollenfunktion • Emotionale Rollenfunktion • Soziale Funktionsfähigkeit • Psychisches Wohlbefinden 	Health-state utilities
HUI-2 [19, 22]	Klinische Studien (Spitalsbereich)	7	<ul style="list-style-type: none"> • Physische Empfindung • Mobilität • Emotionen • Kognitive Fähigkeiten • die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen • Schmerzen • Fertilität 	Health-state utilities
HUI-3 [19, 22]	Bevölkerung (krank oder gesund)	8	<ul style="list-style-type: none"> • Vision • Hören • Sprachfähigkeit • Stabilität beim Gehen • Beweglichkeit • Emotionen • Kognitive Fähigkeiten • Schmerzen 	Health-state utilities
Nottingham Health Profile [20]	Primärversorgung	38	<ul style="list-style-type: none"> • Energie • Schmerzen • Emotionale Reaktion • Schlaf • Soziale Isolation • Körperliche Fähigkeiten 	Gewichtete Wertung

* Bei diesem Fragebogen sind auch Versionen mit 8 oder 12 Fragen verfügbar.

Das bekannteste, generische PROMs-Instrument ist der „EQ-5D-Fragebogen“. Durch diesen standardisierten, präferenzbasierten Fragebogen und Auswertungsprozess wird der Gesundheitszustand der PatientInnen dargestellt [15].

Der EQ-5D misst folgende fünf verschiedene Dimensionen:

- (1) Mobilität, als die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen,
- (2) die Fähigkeit alltägliche Tätigkeiten erledigen zu können (z. B. in der Arbeit, zu Hause oder im Studium),
- (3) Schmerzen,
- (4) Angst und
- (5) Niedergeschlagenheit.

Abbildung 5 zeigt exemplarisch eine Frage aus dem EQ-5D-3L. Dabei handelt es sich um den EQ-5D-Fragebogen, welcher auf Deutsch übersetzt worden ist und mit einer in Deutschland erhobenen Präferenzbewertungen angewendet werden kann. [23]

Angst/ Niedergeschlagenheit	
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	<input type="checkbox"/>

Abbildung 5: Beispielfrage aus dem „EQ-5D-3L-Fragebogen“

Quellen: Graf JM, Claes C, Greiner W, Uber A. Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. 1998; 6(1):3-20. Heartbeat-Med. EQ-5D-5L. <https://heartbeat-med.com/de/wiki/eq-5d-5l-lebensqualitaetsfragebogen/>

Präferenzbewertungen für PROMs Instrumente heißen „Health State Utilities“ und sind ein wesentlicher Bestandteil vieler PROMs-Instrumente. Health State Utilities sind eine Bewertung des jeweiligen Gesundheitszustandes, der sich aus der Kombination der Antworten auf die verschiedensten Fragen des Erhebungsinstrumentes ergeben. Health State Utilities messen die Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich den vorgegebenen Gesundheitszuständen. [15, 24, 25]

Der EQ-5D-3L besteht beispielsweise aus fünf Fragen mit einer Antwortskala auf drei verschiedenen Ebenen (siehe Abbildung 5). Je nach Antwort und Schweregrad wird eine Ziffer (zwischen 1-3) zugeordnet, sodass sich am Ende des Fragebogens eine 5-stellige Zahlenkombination ergibt. Wenn ein Patient/eine Patientin hinsichtlich der Mobilität (Frage 1) keine Einschränkungen hat, dann wird für diese Antwort die Ziffer „1“ vergeben und mit den Ziffern der Antworten auf die anderen Fragen kombiniert. Vollständig gesunde PatientInnen hätten z.B. eine Zahlenkombination von 11111, wenn sie mit keiner der fünf Frage-Dimensionen Schwierigkeiten haben. Wenn PatientInnen jedoch mäßige Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten haben, dann würde diesen Person eine Zahlenkombination von 12111 zugeteilt werden. Durch einen speziellen Algorithmus, der durch die Bewertung von einer repräsentativen allgemeinen Bevölkerung entstanden ist, wird diese 5-stellige Zahl in einen Punktwert umgewandelt. Dieser Punktwert wird als „EQ-5D Index“ bezeichnet und basiert auf den länderspezifischen Werten für den EQ-5D-3L. Ein Indexwert von 1 stellt den bestmöglichen Gesundheitszustand dar, während ein Indexwert von <0 (variabel) den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand darstellt. [23-26]

5.3 Einsatz von PREMs und PROMs in Kombination

Wie in dem vorangegangenen Abschnitt bereits beschrieben, stellen PREMs und PROMs zwei verschiedene Konzepte dar. Einerseits identifizieren PREMs die Prozesse, Erwartungen und die Zufriedenheit der PatientInnen im Zusammenhang mit der Leistungsanspruchnahme, andererseits messen PROMs den selbst-eingeschätzten Gesundheitszustand der PatientInnen. Werden PREMs- und PROMs-Indikatoren gemeinsam erhoben und in kombinierter Form eingesetzt, so können die EntscheidungsträgerInnen dadurch mit wichtigen Informationen versorgt werden. Dies dient z.B. zur Feststellung dessen, welche Erwartungen und Prozesse mit den Patientenergebnissen assoziiert werden [7]. Zur Erhebung der PatientInnensicht stellt die Kombination von PROMs und PREMs-Indikatoren daher das geeignetste Instrument dar.

Für die Entwicklung eines kombinierten PREMs- und PROMs-Instrumentes ist es erstrebenswert, dass dieser in weiterer Folge auf nationaler Ebene implementiert und zukünftig systematisch eingesetzt wird [7, 14]. Durch die Durchführung einer regelmäßigen und einheitlichen österreichweiten Erhebung dieser Indikatoren ist ein Vergleich mit Ländern möglich, die dieselben standardisierten Instrumente verwenden [14]. Für Entscheidungsfindungsprozesse können die PROMs-Messungen mit den PREMs-Ergebnissen im niedergelassenen Bereich ergänzt werden und im Rahmen von „Health Technology Assessments“ genutzt sowie im Bereich der Versorgungsforschung integriert werden [7, 12]. Auch auf Seiten der LeistungserbringerInnen bietet diese Methode Vorteile. So könnten die teilnehmenden ÄrztInnen und Praxen durch den relativ geringen technischen Aufwand rasch ein Feedback erhalten (z.B. in Form eines Benchmarking-Berichts als eine Art Selbstevaluation) [14, 27-29]. Dadurch besteht die Möglichkeit in weiterer Folge Verbesserungsmaßnahmen bezüglich der Versorgungsprozesse und hinsichtlich der Arzt-Patienten-Beziehung abzuleiten. Auf PatientInnenebene würde die Implementierung einer einheitlichen PREMs- und PROMs-Erhebung auf nationaler Ebene zur verstärkten PatientInnenbeteiligung beitragen [13, 14]. Zudem bietet diese Erhebung den PatientInnen eine Plattform, wo sie ihre Bedürfnisse äußern können.

Nachfolgend werden der kombinierte Einsatz von PREMS- und PROMs-Indikatoren grafisch dargestellt und mögliche Dimensionen der beiden Kennzahlen abgebildet.

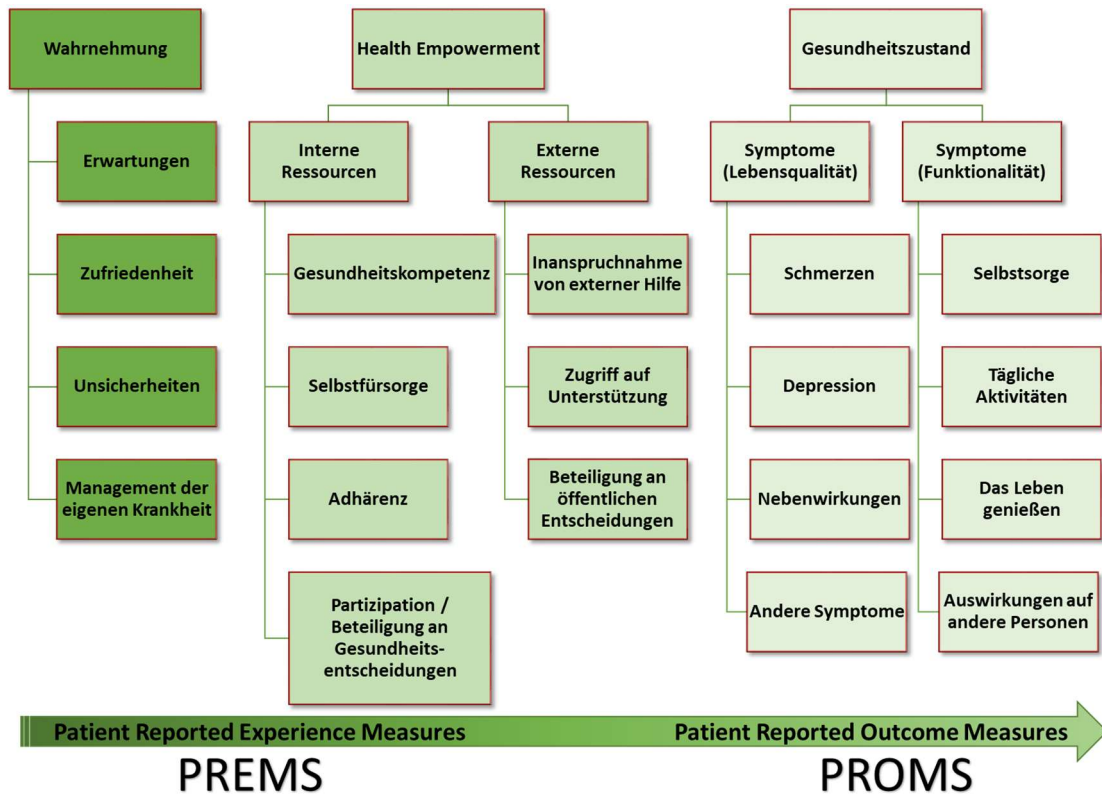


Abbildung 6: Dimensionen von PREMS- und PROMs-Indikatoren bei kombiniertem Einsatz

Eigene Darstellung basierend auf folgenden Konzepten: Murphy M, Hollinghurst S, Salisbury C. Identification, description and appraisal of generic PROMs for primary care: a systematic review. BMC family practice. 2018;19(1):41. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018. Report No.: 303.

6 Anwendungsbereich auf Gesundheitssystemebene

Zur Bewertung bzw. **Evaluierung eines Systems**, eines neuen Prozesses sowie zur Evaluierung bspw. neuer Geräte, Interventionen sowie Behandlungsformen können PROMs- und PREMs-Instrumente eingesetzt werden [5, 14, 29]. Mit Hilfe dieser Fragebögen können der Erfolg bzw. der Änderungsgrad eines Outcomes oder die PatientInnenerfahrungen anhand vorab definierter Indikatoren festgestellt werden. Eine Evaluierung ist auf verschiedenen Ebenen möglich und kann durch einen Vergleich mit einer ausgewählten Vergleichsgruppe (z.B. mit einem anderen Land oder einer Versorgungseinrichtung) erfolgen. [5, 14, 29]

PROMs- und PREMs-Instrumente können auch im Rahmen eines **Monitorings des Systems** eingesetzt werden, um beispielsweise die Entwicklung des Systems über den Zeitverlauf zu analysieren bzw. um Verschlechterungen oder Verbesserungen zu identifizieren. [5, 14]

Die Erhebung von Informationen zum Gesundheitszustand und zu den PatientInnenerfahrungen mittels PROMs- und PREMs-Indikatoren kann zudem für **ökonomische Evaluationen** verwendet werden. PREMs- und PROMs-Indikatoren können dabei einerseits retrospektiv analysiert werden (z.B. durch die Matching-Methode mit einer Kontrollgruppe) und andererseits prospektiv (z.B. mittels randomisierter klinischer Studien). [7, 12]

In der nachfolgenden Tabelle 2 werden die drei Anwendungsbereiche des System-Monitorings, der System-Evaluierung und der ökonomischen Evaluation einander gegenübergestellt.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Anwendungsbereiche von PROMs und PREMs [5, 7] (eigene Darstellung)

	System-Monitoring	System-Evaluierung	Ökonomische Evaluation
Zweck	Zur Identifikation von Änderungen (allgemein oder als Folge von Versorgungsänderungen)	Zur Beurteilung eines Systems, Prozesses oder einer Behandlungsform	Zum Vergleichen von verschiedenen Leistungen bzw. Interventionen und zur Entscheidungsfindung
Fragestellung	<p>Wie ändert sich das System? → Die Ursachenanalyse („Was hat diese Änderungen verursacht?“) ist nicht Bestandteil der PREMs-/PROMs-Messung.</p> <p>PREM: Wie ändert sich die Zufriedenheit, das Vertrauen, etc. im System? PROM: Wie ändern sich die Outcomes des Systems?</p>	<p>Was ist der Ist-Stand? Entspricht der aktuelle Status quo den vorab ausgewählten Kriterien für eine gute Versorgungsqualität? Wie ist das System/der Prozess/die Behandlungsform/die Intervention im Vergleich zu anderen Systemen/Prozessen/Behandlungsformen/Interventionen etc.?</p> <p>PREM: Wie beurteilen die PatientInnen das System bzw. die Versorgung hinsichtlich Zufriedenheit, Vertrauen, etc.? PROM: Wie ändern sich die Outcomes der PatientInnen durch die Versorgung?</p>	<p>Welchen Nutzen („Value“) und welche Vorteile bringt eine Leistung im Vergleich zur Regelversorgung und/oder einer anderen relevanten Leistung für das System?</p> <p>PREM: Welche Intervention hat den größten Nutzen („Value“) für PatientInnen hinsichtlich PREMs? PROM: Welche Intervention hat den größten Nutzen („Value“) für PatientInnen hinsichtlich PROMs?</p>
Zeitablauf	Kontinuierliches Monitoring (Häufigkeit muss festgestellt werden)	Einmalige Evaluierung im Evaluierungszeitraum	Entspricht dem Zeitablauf der klinischen Daten auf denen die Analyse basiert
Ebenen	<p>Auf welcher Ebene findet das Monitoring statt bzw. werden die Veränderungen analysiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen - ÄrztInnen - Einrichtung - Versorgungssektor (intramural/extramural) - Bezirk - Bundesland - System - International 	<p>Auf welcher Ebene wird der Ist-Stand beurteilt?</p> <ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen - ÄrztInnen - Einrichtung - Versorgungssektor - Bezirk - Bundesland - System - International 	<p>Auf welcher Ebene werden die Kosten und der Nutzen der Leistung oder Intervention evaluiert? In ökonomischen Evaluationen variiert die Ebene je nach eingenommener Perspektive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perspektive der Gesundheitseinrichtung - Perspektive des Gesundheitssystems - Perspektive des Sozial- und Gesundheitssystems - Perspektive der Gesellschaft

7 (Internationale) PROMs- und PREMs-Indikatoren im niedergelassenen Bereich

Der niedergelassene Bereich im Gesundheitswesen umfasst die Primärversorgung sowie die fachärztliche Versorgung. ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich diagnostizieren und begleiten ihre PatientInnen durch das Gesundheitssystem. Dies umfasst PatientInnen mit chronischen Krankheiten, PatientInnen mit akuten Erkrankungen, ebenso wie die Nachbetreuung von PatientInnen nach einem akuten Krankheitsfall oder nach einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt.

Niedergelassene ÄrztInnen fungieren zudem oft als erste Anlaufstelle. Sie haben gewissermaßen eine Lotsen- und Triagefunktion im Gesundheitssystem und sind auch für die Koordination und kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker zuständig. PatientInnen im niedergelassenen Bereich haben mitunter unterschiedliche Ziele und Beweggründe warum sie ÄrztInnen kontaktieren (z.B. zur Reduktion von Symptomen, Diagnosestellung, Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung, Verschreibung regelmäßig benötigter Medikamente). Viele PatientInnen, die im Zuge des Erstkontakts den niedergelassenen Sektor aufsuchen oder zum Zweck der Triage niedergelassene ÄrztInnen kontaktieren, können nicht immer direkt ihre entsprechenden Bedürfnisse und Probleme vor Ort lindern und behandeln lassen. Bei schwerwiegenderen Gesundheitsproblemen ist mitunter ein weiterer Kontakt im Spitalsambulanten oder stationären Sektor erforderlich.

PatientInnen haben verschiedene Muster der Inanspruchnahme und zeigen unterschiedliche Verhaltensweisen und Behandlungspfade bei der Inanspruchnahme von GesundheitsdienstleisterInnen. So sind auch die Dauer der Behandlung und der Genesungsverlauf unterschiedlich und individuell. Mit so vielen beeinflussenden Variablen, stellt der adäquate Einsatz eines PROMs-Instrumentes und die Feststellung des optimalen Zeitpunktes für die Follow-up-Erhebung eine Herausforderung dar.

Die Versorgung im niedergelassenen Bereich nimmt im Gesundheitssystem einen bedeutenden Stellenwert ein. Dennoch ist die Erhebung klinischer Outcomes im niedergelassenen Bereich schwierig und für die Beurteilung der Versorgung(squalität) nur bedingt geeignet. Einerseits sind die PatientInnen, Krankheiten und Gesundheitsleistungen sehr unterschiedlich, andererseits liegen viele Faktoren, die den Gesundheitspfad von PatientInnen beeinflussen, außerhalb des Gesundheitssystems (z.B. Lebensstil). Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen bestehen Bestrebungen zur Optimierung der Versorgung (u.a. durch den Einsatz gesundheitsökonomischer Evaluationen). Da im niedergelassenen Bereich oftmals keine geeigneten klinischen Outcomes verfügbar sind, müssen auch die Erfahrungen der PatientInnen im Gesundheitswesen zur Beurteilung der Versorgung (bspw. hinsichtlich der Versorgungskontinuität) herangezogen werden.

Aus diesem Grund ist das Interesse an PROMs- und PREMs-Erhebungen in den vergangenen Jahren gestiegen und auch der kombinierte Einsatz dieser beiden Formen der Erhebung der PatientInnensicht hat an Bedeutung gewonnen.

7.1 Internationale PREMs-Modelle im niedergelassenen Bereich

PREMs haben in niedergelassenen Praxen und Institutionen ihren Ursprung und werden auf internationaler und nationaler Ebene häufig in Form von standardisierten Fragebögen eingesetzt. Auf europäischer Ebene gibt es diverse PREMs-Erhebungen im Gesundheitswesen, die mitunter von der EU initiiert werden.

Der „UK National Health System Outpatient Questionnaire“ stellt ein Beispiel für eine PREMs-Erhebung im niedergelassenen Bereich dar [30]. Dieser Fragebogen wurde 2009 und 2011 im spitalsambulanten Bereich eingesetzt und anschließend in unterschiedlichen Regionen und Krankenanstalten als routinemäßiges Monitoring-Tool verwendet. Das Tool beinhaltet Fragen zu den Themenbereichen wie der Erfahrung und Zufriedenheit mit Terminvereinbarungen (z.B. „Haben sich Ihre Symptome verstärkt, während Sie auf Ihren Termin gewartet haben?“). Diese Befragung zeigt Veränderungen und Verbesserungspotenziale auf und verfolgt folgende drei Ziele:

- 1) Ermittlung von Risiken für die Qualität und Sicherheit der Versorgung;
- 2) Schnelles Handeln zur Vermeidung einer geringen Versorgungsqualität;
- 3) Sicherstellen, dass die Bedürfnisse der PatientInnen im Mittelpunkt stehen und ihre Rechte geschützt werden.

Die entsprechenden Dimensionen des Fragebogens sind in Tabelle 3 aufgelistet.

Tabelle 3: Fragekategorien des UK NHS „Outpatient Survey“ [30]

Vor dem Termin
Wartezeit
Umgebung und Ausstattung
Diagnostik und Behandlung
Zeit mit dem Arzt/der Ärztin
Zeit mit anderem Personal
Gesamtbild über den Termin (Vertrauen und ernst nehmen)
Bereitstellung von Informationen zur weiteren Nachsorge (inkl. Aufklärung über die verschriebenen Medikamente und Informationen über den Krankheitsverlauf)
Zufriedenheit
Hintergrund der PatientInnen
Andere Kommentare

Zudem gibt es PatientInnenfragebögen in anderen Bereichen, wie zum Beispiel in der Primärversorgung [31]. Bei der Durchführung der Primärversorgungsfragebögen wird das Ziel verfolgt, Informationen zur Regulierung der Primärversorgung in England zu ermitteln sowie ein Monitoring der Veränderungen und ein Benchmarking der Praxen durchzuführen. Für diese Aufgaben wurden gleichzeitig mit der Entwicklung des PREMs-Instruments auch Indikatoren zur Bewertung entwickelt. Beide Fragebögen (Spitalsambulanz und Primärversorgung) wurden vom National Health Service (NHS) England finanziert, in England auf nationaler Ebene einheitlich durchgeführt, und sind als Grundlage für einen Gesetzesentwurf sowie zur Implementierung eingesetzt worden. Die Fragebögen wurden vor jeder Verwendung durch einen standardisierten Prozess an aktuelle Veränderungen im Gesundheitswesen angepasst. [32]

In dem von der EU initiierten Projekt „Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC)“ wurden PREMs als Qualitätsindikator in der Primärversorgung verwendet [33]. Dabei wurden die PatientInnen über ihre Erfahrungen mit der Krankenbehandlung in der Primärversorgung vor Ort befragt. Die Dimensionen des Fragebogens sind: Zugänglichkeit, Kontinuität und Koordination, Vollständigkeit, Aktivierung der PatientInnen und Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Das Ziel dieses Projektes war es, mit den erhobenen PREMs-Qualitätsindikatoren Stärken und Schwächen der einzelnen EU-Länder zu identifizieren, um patientenorientierte Ansätze für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln, die Gesundheitsergebnisse zu verbessern und die Gesundheitsausgaben zu senken. Die Erhebung wurde einmal in den EU-Ländern durchgeführt und diente den Stakeholdern als Grundlage für Veränderungen.

Tabelle 4: Fragekategorien des QUALICOPC PatientInnen-Fragebogens [33]

Hintergrund der PatientInnen
Gesundheitsstatus
Typische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
Zugänglichkeit
Kontinuität und Koordination
Vollständigkeit
Aktivierung der PatientInnen
Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen

7.2 Internationale PROMs-Modelle im niedergelassenen Bereich

PROMs wurden ursprünglich für den Einsatz im Krankenhaus in der pharmakologischen Forschung und in der Versorgungsforschung entwickelt, um die Wirksamkeit einer Intervention in einer erkrankten bzw. betroffenen Population zu beurteilen [7]. Seit rund 40 Jahren werden PROMs-Datenerhebungen auch im Kontext von Health Technology Assessments (HTA) und gesundheitsökonomischen Evaluationen implementiert. [7, 8]

Routinemäßige Befragungen im ambulanten Bereich wurden zunächst für chirurgische Eingriffe eingeführt [7]. Eine Vorreiterrolle nimmt in dieser Hinsicht das NHS England ein, das seit 2009 in allen fundierten Krankenhäusern die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL = Health-Related Quality of Life) für chirurgische Eingriffe routinemäßig mit zwei Instrumenten (einem generischen und einem krankheitsspezifischen) erhebt. Diese Erhebungen wurden bis dato für unterschiedliche Zwecke eingesetzt, wie bspw. für Leistungsvergleiche in Krankenanstalten, als finanzieller Anreiz, zur Qualitätsverbesserung sowie zur Information und Entscheidungsfindung von PatientInnen. [7]

Mittlerweile finden PROMs-Erhebungen auch im Bereich von Routinedaten statt. Krankheitsregister verwenden klinische Daten und können mit PatientInnen-Daten verknüpft werden [7]. Dadurch sind krankheitsspezifische Erhebungen möglich, bei denen man PatientInnen vom Krankenhausaufenthalt durch das Gesundheitssystem betrachtet und ihre Sichtweisen einbindet. PROMs-Erhebungen können neben den Krankheitsregistern auch zur Verknüpfung von stationären und ambulanten Daten eingesetzt werden [7]. Sie liefern den Stakeholdern wertvolle Informationen über das Gesundheitssystem sowie über PatientInnenbedürfnisse. Dadurch können einerseits Problembereiche identifiziert, Handlungsempfehlungen abgeleitet sowie Auswirkungen von Änderungen im System auf unterschiedlicher Ebene beurteilt werden. Die Rolle der PatientInnen kann zudem durch die Erhebung ihrer Bedürfnisse gestärkt werden. [7]

PROMs-Erhebungen werden nicht nur zu Forschungszwecken, sondern zunehmend auch für ein routinemäßiges Monitoring und als Evaluierungsinstrument eingesetzt. [7, 34]

In Schweden gibt es nationale Qualitätsregister, die PROMs-Daten erheben und damit eine Brücke zwischen Wissenschaft und Gesundheitssystem schlagen [7, 35]. Zudem besteht ein finanzieller Anreiz, welcher durch die Regierung geschaffen wurde, die PROMs-Daten in die Krankheitsregister zu implementieren und mit diesen Daten zu verknüpfen. Folglich wurden die PROMs-Instrumente für den nationalen Kontext entsprechend angepasst (z.B. die Sprache). Neben vielen krankheitsspezifischen PROMs-Instrumenten, die bis dato im Register verwendet werden, beinhalten einige Register auch generische PROMs-Indikatoren. Zunehmend werden generische PROMs-Instrumente zur Evaluierung der Qualität im Gesundheitssystem aus Sicht der PatientInnen eingesetzt. Neben dem Einsatz des EQ-5D wird auch das PROMs-Instrument „Patient Enablement Measure“ (PEI) für den schwedischen Kontext adaptiert [10, 35, 36]. Dabei handelt es sich bei PEI um ein Instrument, das die Zufriedenheit erhebt und die eigene Fähigkeit im Umgang mit einer Krankheit nach einem Kontakt mit der Primärversorgung misst. PEI ist mit nur sechs Fragen ein kurzes Instrument, sodass die Erhebung direkt im Anschluss an eine Konsultation vor Ort erfolgen kann.

Im Gegensatz dazu ist der SF-36 PROMs-Fragebogen mit 36 Fragen weitaus länger und kann daher nicht vor Ort eingesetzt werden [21]. Dieses Instrument eignet sich eher für

jährliche PROMs-Befragungen, wie bspw. den Bundes-Gesundheitssurvey in Deutschland oder den alle 5 Jahre europaweit stattfindenden „Health Interview Survey“, welcher ebenfalls PROMs-Fragen zum Gesundheitsstatus und zur Funktionalität enthält. [7]

7.3 Internationale Erfahrungen mit dem kombinierten Einsatz von PROMs- und PREMs-Erhebungen

Aktuelle Entwicklungen (z.B. Erhebung von Big-Data) und Bestrebungen in Richtung Optimierung der Effizienz in der Gesundheitsversorgung, deuten darauf hin, dass der Einsatz eines kombinierten PROMs- und PREMs-Instrumentes in der Population durchaus sinnvoll ist und Bestrebungen in diesem Bereich bestehen (z.B. auf Seiten der OECD, NHS in England, etc.). [14, 37]

Die OECD ist eine internationale Organisation, die Messungen und Vergleiche von Gesundheitssystemen durchführt (z.B. Mortalität und Inanspruchnahme verschiedener Gesundheitsleistungen). Zur Ergänzung von klinischen Indikatoren versucht die OECD die Förderung des Wohlbefindens und die Beteiligung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu messen. Zu diesem Zweck wurde eine breite Initiative (die sogenannte „Patient-Reported Indicators Survey“ (PaRIS) Initiative) gestartet, die seit 2018 die OECD-Länder sowie internationale Stakeholder zusammenbringt, um Performance- und Benchmarking-Indikatoren aus PatientInnensicht zu entwickeln. Die Initiative wird primär im ambulanten Sektor eingesetzt, aber es wurde bereits das Ziel formuliert, sie demnächst auf den stationären Bereich und auf psychiatrische Einrichtungen auszuweiten. [14]

PROMs- und PREMs-Erhebungen gibt es in England bereits seit längerem. 1998 wurde mittels „GP Survey“ die erste nationale Befragung des NHS England durchgeführt. Mit diesem Fragebogen wurde die Qualität der Primärversorgung aus Sicht der PatientInnen gemessen. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden PROMs- und PREMs-Erhebungen durch andere Initiativen weiterentwickelt, wie z.B. Quality Outcomes Framework im Jahr 2004 und zuletzt vom NHS Outcomes Framework (PREMs und PROMs) ab 2011. Für jede Initiative wurde ein eigener Fragebogen konstruiert, um die PROMs- und PREMs-Indikatoren zu erheben. Oftmals wurden die Erhebungen für spezifische Populationen erstellt, wie zum Beispiel, für psychische Gesundheitsleistungen im niedergelassenen Bereich. Im Jahr 2014 wurde der Versuch unternommen, die Daten nicht nur zu erheben, sondern die gewonnenen Informationen den PatientInnen transparent auf einer Webseite (MyNHS) zur Verfügung zu stellen. Diese Plattform soll (laut NHS Insight Strategy 2015) zukünftig als Tool fungieren und die Qualität der integrierten Versorgung darstellen sowie PatientInnenpfade abbilden. [7, 37, 38]

Ein wichtiger Schritt zur regelmäßigen Messung von PROMs- und PREMs-Indikatoren im niedergelassenen Bereich war die Entwicklung des Fragebogens „Primary Care Outcomes Questionnaire“ (P-COQ) des „National Institute for Health Research“ in England [39]. Dabei handelt es sich um einen Outcome-Fragebogen für die Primärversorgung, welcher 24 Fragen umfasst und sowohl PROMs als auch PREMs abbildet. Dieser Fragebogen kann vor Ort von den PatientInnen ausgefüllt werden und ist das erste generisch, validierte Instrument, welches PROMs- und PREMs-Indikatoren speziell für den niedergelassenen Bereich erhebt.

Tabelle 5: Überblick über generische Instrumente für den niedergelassenen Bereich [7, 10] (eigene Darstellung)

Initiative	Institution (geplante Reichweite)	PROMs-/PREMs-Instrument	(Geplanter) Anwendungsbereich	PROMs	PREMs	DE*	Implementierung & tatsächliche Reichweite
PaRIS [14]	OECD (international)	In Entwicklung	Chronische Krankheiten	✓	x	✓	Verschiedene Länder (multi-national)
P-COQ [39]	NIHR - University of Bristol (England)	P-COQ	Primärversorgung	✓	✓	x	Forschung, National Health Service England (England)
HUI [19, 22]	McMaster University-Health Utilities Inc. (Kanada)	HUI 3	Allgemeine Population	✓	x	✓	Forschung (multi-national)
EuroQoL [15]	EuroQoL Group (international)	EQ-5D	Klinische Studien	✓	x	✓	Industrie, Forschung (multi-national)
CAHPS [40]	AHRQ (Vereinigte Staaten)	Eigene Befragungen	Chronische Krankheiten	✓	✓	x	Forschung (Vereinigte Staaten)
Medical Outcome Study [17]	RAND Corporation/ Quality Metric (Vereinigte Staaten)	RAND-36 MOS Short Form	PatientInnen in teilnehmenden Einrichtungen, Versicherungen oder mit spezifischen Krankheiten	✓	x	✓	Institutionen, Versicherungen (multi-national)

QUALICO PC [27]	Europäische Union (international)	Eigene Befragungen	Primärversorgung	x	✓	✓	Forschung (multi- national)
COOP [41]	COOP- WONCA (Vereinigte Staaten)	COOP Charts	Extramural	✓	x	✓	Forschung (multi- national)
WHOQOL [42]	WHO (international)	WHOQOL	Allgemeine Population	✓	✓	✓	Forschung (multi- national)
Adult Overall Health [43]	ICHOM (international)	In Entwicklung	Allgemeine Population	N	N	N	Forschung (multi- national)

* Übersetzung des Fragebogens auf Deutsch ist vorhanden. Dies bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass die „Utilities“ ebenfalls für den deutschsprachigen Raum bzw. für Österreich erhoben worden sind.

8 Ergebnisse der sozialversicherungsweiten Befragung zu PREMs- und PROMs-Erhebungen

Um einen Überblick über PROMs- und PREMs-Erhebungen auf nationaler Ebene zu erhalten wurde eine Online-Recherche auf den Webseiten zentraler Stakeholder (z.B. GÖG) durchgeführt.

Die Rechercheergebnisse zeigen, dass in Österreich bis dato durchaus PROMs- und PREMs-Indikatoren entwickelt und in verschiedenen Kontexten eingesetzt wurden. Im niedergelassenen Bereich haben neben diversen Forschungsinstituten und EU-finanzierten Projektgruppen^a auch bundesweite Institutionen wie das Bundesministerium für Gesundheit^b, die Ärztekammer^c, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger^d und die Gesundheit Österreich GmbH^e Erhebungen durchgeführt. Die meisten Projekte befassten sich dabei mit PREMs-Indikatoren, wie zum Beispiel mit der Messung der Zufriedenheit oder von Prozessen. Obwohl viele Projekte auch den niedergelassenen Bereich berücksichtigen, fehlt in Österreich ein kontinuierliches, krankheitsübergreifendes Erhebungsinstrument, welches sowohl PROMs als auch PREMs-Indikatoren misst.

Die Erhebung von PROMs und PREMs stellt ein wichtiges Instrument zur Beteiligung und zum Empowerment von PatientInnen dar. Diese Bestrebungen müssen zukünftig mehr forciert werden. Technisch betrachtet ist Österreich im Vergleich zu anderen Ländern durchaus fortschrittlich, was die Möglichkeiten der Datenerhebung betrifft. So können prinzipiell PROMs- und PREMs-Indikatoren durchaus österreichweit erhoben werden. Diese Daten und Ergebnisse müssten anschließend den PatientInnen und anderen Stakeholdern zur Verfügung gestellt werden.

In einem weiteren Schritt wurde ergänzend zur Online-Recherche im Bereich PROMs und PREMs eine Erhebung zur Identifikation von PatientInnenbefragungen innerhalb der Sozialversicherung im Mai 2019 durchgeführt. Hierzu wurde ein kurzer Fragebogen an die TeilnehmerInnen des „Arbeitskreises Versorgungsplanung“ (AK VP) im Mai 2019 per E-Mail ausgeschickt. Anhand der Rückmeldungen der einzelnen Träger zu den laufenden oder abgeschlossenen Projekten bzw. Evaluierungen wurde eine Übersicht über alle relevanten Projekte in den letzten fünf Jahren erstellt. Es handelt sich dabei um Projekte,

Relevante PROMs- und PREMs-Instrumente in Österreich

^a W. L. Schafer, W. G. Boerma, D. S. Kringos, J. De Maeseneer, S. Gress, S. Heinemann, D. Rotar-Pavlic, C. Seghieri, I. Svab, M. J. Van den Berg, M. Vainieri, G. P. Westert, S. Willems and P. P. Groenewegen (2011). "QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care." BMC Fam Pract 12: 115.

^b <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-09/Expertenbericht%20Patientenbefragung.pdf>

^c <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/att-5800.pdf>

https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180829_OTSO067/oeaek-mayer-regionale-gesundheitsstrukturen-weiterstaerken

<https://www.gesundundleben.at/de/kSrPclfk/patientenbefragung/>

<http://einarztgemeinde.at/wp-content/uploads/2017/11/Patientenumfrage-Hausapotheken-NÖ-ÄK-072009.pdf>

^d <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715007&version=1472130861>

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844764&portal=svportal>

^e https://goeg.at/Projekte_Qualitätsmessung%20und%20Patientenbefragung

bei denen bereits PatientInnenfragebögen (u.a. zur Qualitätssicherung und Abbildung der PatientInnenperspektive und Outcomes im niedergelassenen Bereich) eingesetzt wurden.

Insgesamt wurden 77 verschiedene Projekte mit einem Bezug zum Thema PROMs und/oder PREMs gemeldet, die bei den unterschiedlichsten SV-Trägern durchgeführt wurden. Folgende SV-Träger waren bei diesen Projekten beteiligt: alle neun Gebietskrankenkassen (BGKK, KGKK, NÖGKK, OÖGKK, SGKK, STGKK, TGKK, VGKK, WGKK), die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) sowie die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA). Sowohl von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) als auch von der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau (VAEB) gab es eine Leermeldung mit der Information, dass keine PatientInnenbefragungen in den vergangenen fünf Jahren durchgeführt worden sind.

Von den insgesamt 77 Rückmeldungen wurden vier Meldungen zu durchgeführten Projekten exkludiert, da diese nicht den Einschlusskriterien entsprachen. Bei zwei gemeldeten Fragebögen wurde nicht die PatientInnensicht (Versicherte und/oder Anspruchsberechtigte) abgebildet, sondern es handelte sich dabei um Befragungen der VertragspartnerInnen (ÄrztInnen) zu ihrer Praxis. Daher wurden diese Fragebögen ausgeschlossen. Des Weiteren konnten zwei Projekte nicht berücksichtigt werden, da es sich bei diesen Erhebungen nicht um Befragungen mittels Fragebogen handelte, sondern um Erhebungen, bei denen Informationen ausschließlich durch offene Interviews bzw. Fokusgruppen gesammelt wurden.

Bei den meisten der 73 eingeschlossenen Projekten handelt es sich um Befragungen zu einmaligen Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen oder um die Evaluierung von Vorträge in den SV-Trägern. Verschiedene Versorgungsebenen (eigene Einrichtungen, Primärversorgung, Versorgung bei FachärztInnen etc.) wurden in 15 Projekten thematisiert. In 7 Projekten wurden Befragungen mit PatientInnen durchgeführt, um deren allgemeine Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und mit den in Anspruch genommenen Leistungen zu erheben. Die meisten wissenschaftlich validierten Befragungen befassten sich mit krankheitsspezifischen Projekten, wie zum Beispiel mit Diabetes. Im Bereich Diabetes wurde auch das international bekannte PROMs-Instrument EQ-5D verwendet.

Bei 29 von 73 Meldungen wurde der Fragebogen für die Analyse elektronisch übermittelt oder war online als Publikation verfügbar. Bei 13 der insgesamt 73 Projekte ist der Bericht online veröffentlicht und abrufbar. Einige Projekte fanden trägerübergreifend statt oder im Rahmen einer Kooperation mit anderen SV-Trägern oder Stakeholdern, wobei die meisten Befragungen trägerspezifisch, d.h. innerhalb eines Trägers, stattfanden.

Die Anzahl der Fragen pro Fragebogen lag bei den 28 verfügbaren Fragebögen durchschnittlich bei rund 33 Fragen. Die Bandbreite reichte von mindestens 11 bis maximal 88 Fragen. Alle 28 Fragebögen beinhalteten PREMs-Fragen und nur 11 Fragebögen umfassten neben den PREMs-Indikatoren zusätzlich auch PROMs-Fragen. In den meisten Fällen befassten sich die PROMs-relevanten Fragen nur mit der Erhebung des Gesundheitszustandes. Nur in wenigen Fällen wurden auch Veränderungen des Gesundheitszustands erfragt, die sich über die Zeit hinweg ergeben oder auf eine Behandlung zurückzuführen sind.

Die Ergebnisse und Themenbereiche der von den SV-Trägern eingemeldeten und inkludierten Projekten werden in Tabelle 6 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 6: Themenbereiche der 73 eingeschlossenen Projekte zur Identifikation von PROMs- und PREMs-PatientInnenbefragungen innerhalb der Sozialversicherung

Themenbereiche der SV-weiten Erhebung
<u>Übergreifende Themen (n=8)</u>
Allgemeine Gesundheitsversorgung (7)
Polypharmazie (1)
<u>Versorgungsebene (n=15):</u>
Ambulante und/oder stationäre Versorgung (6)
Fachärztliche Versorgung (1)
Notfallambulanz (1)
Primärversorgung (3)
Wahlärztliche Versorgung (1)
Zahnärztliche Behandlung (3)
<u>Bestimmte Krankheiten/Leistungen (n=17):</u>
Brustkrebs (2)
Diabetes (2)
Hörgeräteversorgung (2)
Lymphödem (1)
Orthopädie (2)
Psoriasis (1)
Psychotherapie und psychiatrische Rehabilitation (1)
Radiologie (1)
Rollstuhl-Versorgung (1)
Physikalische Rehabilitation (2)
Schlafapnoe-Syndrom (1)
Stosswellentherapie (1)
<u>Gesundheitsförderung, Prävention, Bevölkerungsscreening (n=33):</u>
Adipositas, Übergewicht (3)
Gesundheitsförderung (18)
Jugendlichen-Untersuchung (1)
Psychisches Wohlbefinden (5)
Rauchen (4)
Sturzprävention (1)
Vorsorgeuntersuchung (1)

Bei der vorliegenden Erhebung und Sammlung von Projekten zum Thema PROMs bzw. PREMs ging es insbesondere um die Identifikation von PatientInnenbefragungen innerhalb der Sozialversicherung, die in den letzten fünf Jahren durchgeführt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Idee, die PatientInnensicht durch Befragungen zu erheben, durchaus in der Sozialversicherung bereits verbreitet ist. Dabei dient die Erhebung der PatientInnensicht insbesondere der Messung der Qualität und zudem soll die Versorgung

zukünftig besser auf die Bedürfnisse der PatientInnen abgestimmt sein. Auch zeigt sich, dass mitunter SV-Träger, die eine Leermeldung gemacht haben, dennoch als Kooperationspartner in Projekten anderer Träger in Erscheinung getreten sind. Die Ergebnisse beziehen sich daher ausschließlich auf die Meldungen der SV-Träger und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Bei der Evaluierung neuer Leistungen sollte die Einbindung der PatientInnensicht (in Form von Erhebungen) bereits frühzeitig in der ersten Phase des Projektes (Rollout-Phase) stattfinden. Obwohl die Übersicht über alle relevanten Projekte in der Sozialversicherung durchaus zeigt, dass bereits einige erfolgreiche Evaluierungsprojekte durchgeführt wurden, so besteht dennoch der Bedarf nach einem standardisierten, trägerweiten Instrument zur Erhebung der PatientInnensicht. Bis dato gibt es kein standardisiertes und wissenschaftlich validiertes Instrument, welches im Rahmen von PROMs- und PREMs-Erhebungen regelmäßig und österreichweit in der Sozialversicherung eingesetzt wird. Zur Erhebung der Perspektive der PatientInnen und zum Zweck des Monitorings bzw. der Evaluierung sowie für ökonomische Evaluationen wäre der Einsatz eines österreichweit, einheitlichen PROMs- und PREMs-Instrumentes sinnvoll.

9 Schlussfolgerung

Neben der Beschreibung von PROMs und PREMs zeigt dieser Bericht mögliche Anwendungsbereiche von PROMs- und PREMs-Erhebungen auf internationaler Ebene auf und fasst bestehende Arbeiten in Österreich überblicksmäßig zusammen.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wurde die PatientInnenorientierung, patientenzentrierte Versorgung und die Bedeutung der Erhebung und Berücksichtigung der PatientInnensicht in Österreich betont. Die Befragung der Sichtweise von PatientInnen zum Zweck des Monitorings und zur Evaluierung des Systems erscheint durchaus sinnvoll. Zum Zweck der Berücksichtigung und Einbeziehung von PatientInnensichtweisen existieren seit einiger Zeit PROMs- und PREMs-Erhebungsinstrumente. Der kombinierte Einsatz von PROMs- und PREMs-Instrumenten erscheint dabei insbesondere im niedergelassenen Bereich zielführend. Durch nationale Erhebungen von PREMs- und PROMs-Indikatoren im niedergelassenen Bereich können Informationen über die PatientInnen gesammelt und dadurch in weiterer Folge fundierte Entscheidungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene getroffen werden. Auf dieser Informationsgrundlage können effiziente Versorgungsmodelle entwickelt werden, mit einer entsprechend hohen Qualität der Gesundheitsversorgung. Zudem sollten die Ergebnisse zum Zweck der Transparenz den PatientInnen und entsprechenden Interessensgruppen zur Verfügung gestellt werden.

Basierend auf diesem Bericht können weitere österreichweite Projekte im Bereich PROMs und PREMs etabliert werden, um zukünftig einen Beitrag zur Optimierung der Gesundheitsversorgung in Österreich zu leisten.

10 Referenzen

1. Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene: Zielsteuerung-Gesundheit. , (2017-2021) Bund, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Länder [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystemreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystemreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html)
2. E-Card Modul. Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung 2018. Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG), Dachverband der Sozialversicherungen.
3. Leistungserbringer Modul. Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung 2018. Business Intelligence im Gesundheitswesen (BIG), Dachverband der Sozialversicherungen.
4. ÄZQ. Programm für Nationale Versorgungsleitlinien –Qualitätsindikatoren –Manual für Autoren 2009. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf>
5. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance measurement for health system improvement. United Kingdom: Cambridge University Press; 2009.
6. Szecseny J, Stock J, editors. Wozu brauchen wir Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen? Bonn/Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft; 2007.
7. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018. Report No.: 303.
8. Devlin NJ, Appleby J. Getting the most out of PROMs. United Kingdom: The King's Fund; 2010. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Getting-the-most-out-of-PROMs-Nancy-Devlin-John-Appleby-Kings-Fund-March-2010.pdf>
9. Cleary PD. Evolving Concepts of Patient-Centered Care and the Assessment of Patient Care Experiences: Optimism and Opposition. Journal of health politics, policy and law. 2016;41(4):675-96.
10. Murphy M, Hollinghurst S, Salisbury C. Identification, description and appraisal of generic PROMs for primary care: a systematic review. BMC family practice. 2018;19(1):41.
11. Tefera L, Lehrman WG, Conway P. Measurement of the Patient Experience: Clarifying Facts, Myths, and Approaches. Jama. 2016;315(20):2167-8.
12. Gibbons E, Black N, Fallowfield L, Newhouse R, Fitzpatrick R. Patient-reported outcome measures and the evaluation of services. 2016. In: Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library Health Services and Delivery Research, No. 4.16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361255/>
13. Beurteilung der Patient Reported Outcomes (PROs). EUPATI 2016. <https://www.printfriendly.com/p/g/pYjV2G>
14. OECD. Measuring what matters: the patient-reported indicator surveys: patient-reported indicators for assessing system performance Organisation for Economic Cooperation and Development; 2019. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Measuring-what-matters-the-Patient-Reported-Indicator-Surveys.pdf>
15. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2011;20(10):1727-36.

16. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) [https://www.familienmedizin-bremen.de/news/SF36_LQ_Fragebogen_01.pdf]
17. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;30(6):473-83.
18. Bullinger M, Kirchberger I, Ware J. Der deutsche SF-36 Health Survey Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*. 1995;3(1):21.
19. Furlong WJ, Feeny DH, Torrance GW, Barr RD. The Health Utilities Index (HUI®) system for assessing health-related quality of life in clinical studies. *Annals of Medicine*. 2001;33(5):375-84.
20. Wiklund I. The Nottingham Health Profile - A measure of health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1991;9(SUPPL. 1):15-8.
21. Hooker SA. SF-36. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 1784-6.
22. Health Utilities Inc [cited 2020 May 05]. <http://www.healthutilities.com/>
23. Graf JM, Claes C, Greiner W, Uber A. Die deutsche Version des EuroQol-Fragebogens. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health*. 1998;6(1):3-20.
24. Heartbeat-Med. EQ-5D-5L [<https://heartbeat-med.com/de/wiki/eq-5d-5l-lebensqualitaetsfragebogen/>]
25. Valuation of EQ-5D: EUROQOL; [<https://euroqol.org/eq-5d-instruments/valuation-of-eq-5d/>]
26. In: Szende A, Janssen B, Cabases J, editors. *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. Dordrecht (NL): Springer Copyright 2014, The Editor(s) (if applicable) and the Author(s). 2014.
27. Schafer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC family practice*. 2011;12:115.
28. Siebenhofer-Kroitzsch A, Abuzahra M, Wratschko K, Avian A. Fragebogenentwicklung Zur Erhebung Der Qualitätsindikatoren Aus Dem Master-Evaluationskatalog Für Österreichische Primärversorgungseinrichtungen. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2017. www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.789450&viewmode=content
29. Cavanaugh KL. Patient Experience Assessment is a Requisite for Quality Evaluation: A Discussion of the In-Center Hemodialysis Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems (ICH CAHPS) Survey. *Seminars in dialysis*. 2016;29(2):135-43.
30. Outpatients Questionnaire. United Kingdom: National Health Services (NHS); 2011. Contract No.: 12/04/2011. http://www.nhssurveys.org/Filestore/documents/OP11_Sample_Bank_Questionnaire.pdf
31. GP Patients Survey United Kingdom: National Health Services (NHS); [<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/gp-patient-survey/>]
32. GP Patient Survey: Questionnaire redevelopment. NHS England and Ipsos MORI; 2018. Contract No.: 17-043177-01. <http://www.gp-patient.co.uk/Files/GPPS%20Y12%20Questionnaire%20redevelopment%20report%20v1%20PUBLIC.pdf>
33. Lionis C, Papadakis S, Tatsi C, Bertias A, Duijker G, Mekouris PB, et al. Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). *BMC health services research*. 2017;17(1):255.
34. Dawson J, Doll H, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Carr AJ. The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. *BMJ*. 2010;340:c186.

35. Roost M, Zielinski A, Petersson C, Strandberg EL. Reliability and applicability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Swedish general practice setting. *BMC family practice*. 2015;16:31.
36. Tolvanen E, Koskela TH, Kosunen E. Comparison of the Patient Enablement Instrument (PEI) with two single-item measures among Finnish Health care centre patients. *BMC health services research*. 2019;19(1):376.
37. NHS Patient Surveys: Care Quality Commission (UK); [
38. NHS Outcomes Framework United Kingdom: National Health Services (UK); [<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework>
39. Murphy M, Hollinghurst S, Cowlshaw S, Salisbury C. Primary Care Outcomes Questionnaire: psychometric testing of a new instrument. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2018;68(671):e433-e40.
40. AHRQ. CAHPS(R) Surveys and tools to advance patient-centered care: Agency for Healthcare Research and Quality; [<https://www.ahrq.gov/cahps/>
41. Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and rehabilitation*. 1993;15(2):96-101.
42. World Health Organization. Division of Mental H, Prevention of Substance A. WHOQOL : measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1997.
43. Overall Adult Health: the standard set: ICHOM; [<https://www.ichom.org/portfolio/overall-adult-health/>