

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI)

Bericht 2022

**Abgenommen durch den Ständigen
Koordinierungsausschuss im Juni 2023**

Impressum

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1

1010 Wien

Die Erarbeitung dieses Berichts erfolgte im Rahmen von A-OQI: „Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“ (strategisches Ziel 2, operatives Ziel 8 des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene für die Jahre 2022 und 2023), Austrian Outpatient Quality Indicators.

Mitglieder der Projektgruppe A-OQI:

Landesgesundheitsfonds, Österreichische Ärztekammer, Österreichische Gesundheitskasse, Sozialversicherung der Selbständigen, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin, Gesundheit Österreich GmbH

Berichterstellung (alphabetisch):

Margarita Amon, MSc

Mernama Cavalic, BA

Dr.ⁱⁿ Fabiola Fuchs

Eva Gartner

Mag. Wolfgang Moritz

Zitiervorschlag:

BMSGPK (2023): Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI). Bericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Wien, im Juni 2023

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	3
Abkürzungen.....	4
Glossar.....	5
1 Historie, Hintergrund	6
1.1 Historische Entwicklung des Projekts.....	6
1.2 Bezug zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag.....	7
2 Konzepte: Qualitätsmessung und Qualitätszirkel im ambulanten Bereich	8
2.1 Thematische Schwerpunkte	8
2.2 PDCA-Zyklus	9
2.3 Pilotierung und Umsetzungskonzept	11
3 Regionsprofile und Qualitätsindikatoren.....	12
3.1 Regionsprofile	12
3.2 Prozessqualität (ärztliche Kontakte, Laborparameter)	13
3.3 Ergebnisqualität.....	14
4 Qualitätszirkel 2022	16
4.1 Überblick, Ablauf	16
4.2 Ergebnisse aus den Qualitätszirkeln	17
4.2.1 Feedback-Fragebögen in Summe.....	17
4.2.2 Verbesserungsvorschläge der Ärzt:innen	23
4.2.3 Lessons Learned	26
5 Management Review zum Projekt A-OQI	28
6 Ausblick	30
7 Anhang	31

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1.1: Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 8	7
Abbildung 2.1: Thematische Schwerpunkte.....	8
Abbildung 2.2: Adaptierter PDCA-Zyklus A-OQI.....	9
Abbildung 3.1: Beispiel Regionsprofil, Teilnahme am DMP-Programm	12
Abbildung 4.1: Ablauf Qualitätszirkel.....	16
Abbildung 4.2: Frage 1 (Feedback-Fragebogen)	18
Abbildung 4.3: Frage 2 (Feedback-Fragebogen)	19
Abbildung 4.4: Frage 3 (Feedback-Fragebogen)	19
Abbildung 4.5: Frage 4 (Feedback-Fragebogen)	20
Abbildung 4.6: Frage 5 (Feedback-Fragebogen)	20
Abbildung 4.7: Frage 6 (Feedback-Fragebogen)	21
Abbildung 4.8: Frage 7 (Feedback-Fragebogen)	22
Abbildung 4.9: Frage 8 (Feedback-Fragebogen)	22
Tabelle 3.1: Teilnahme am DMP-Programm, 2015-2020.....	13
Tabelle 3.2: QI Ärztliche Kontakte, Laborwerte	14
Tabelle 3.3: QI Ergebnisqualität	15
Tabelle 4.1: Überblick Qualitätszirkel.....	17
Tabelle 7.1: Indikator Arztkontakte Allgemeinmedizin: Patient:innen haben in mindestens drei Quartalen pro Jahr eine Allgemeinmedizinerin / einen Allgemeinmediziner aufgesucht.....	32
Tabelle 7.2: Indikator Arztkontakte Augenheilkunde: Patient:innen haben in den letzten zwei Jahren (Analysejahr und Jahr davor) eine augenärztliche Untersuchung erhalten..	33
Tabelle 7.3: Indikator Laborparameter HbA1c: Patient:innen erhielten mindestens eine HbA1c- Bestimmung pro Jahr	34
Tabelle 7.4: Indikator Laborparameter Allgemein: Patient:innen erhielten mindestens eine Überprüfung der im Behandlungspfad angeführten Laborparameter (Kreatinin, Triglycerid, Gesamtcholesterin oder HDL/LDL) pro Jahr	35

Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC-ICD	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Ableitung von Diagnosecodes aus Heilmittelverordnungen)
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
DFP	Diplom-Fortbildungs-Programm
DM 2	Diabetes mellitus Typ 2
DMP	Disease-Management-Programmen
FG-VP	Fachgruppe Versorgungsprozesse
GDA	Gesundheitsdienste-Anbieter
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ID	Identifizier
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
LDL/HDL	Low / High Density Lipoprotein
LEICON	Leistungscontrolling
MEL	Medizinische Einzelleistung (LKF Leistungskatalog)
NBZ	Nüchternblutzucker
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
OAD	orale Antidiabetika
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖSG	Österreichische Strukturplan Gesundheit
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖQMED	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin
ÖQUASTA	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen
PG	Projektgruppe
QM	Qualitätsmanagement
SV	Sozialversicherung
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VBM	Verbesserungsmaßnahmen
VZ	Versorgungszone
%P	Prozentpunkte

Glossar

Zielsteuerung–Gesundheit: 2013 einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung darauf, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene werden die strategischen und operativen Ziele sowie die zu setzenden Maßnahmen zur Zielerreichung vereinbart und verbindlich festgelegt. Die weitere Konkretisierung dieser Maßnahmen erfolgt im Rahmen von Bundes–Jahresarbeitsprogrammen und im Rahmen der jeweiligen Landes–Zielsteuerungsübereinkommen. Die Aufgaben, die sich aufgrund der partnerschaftlichen Zielsteuerung–Gesundheit auf Bundesebene ergeben, werden durch die Bundesgesundheitsagentur wahrgenommen. Diese hat zwei Organe, die Bundes–Zielsteuerungskommission (politische Ebene) und den Ständigen Koordinierungsausschuss (Beamtenebene). In beiden Organen sind Bund, Länder und Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner vertreten.

Fachgruppe Versorgungsprozesse: Fachgruppe im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit mit Themenschwerpunkten wie bspw. Qualitätsstrategie, Verbesserung der Integrierten Versorgung, Qualitätsstandards oder Sicherstellung der Ergebnisqualität. Innerhalb der Fachgruppe erarbeiten befristete Untergruppen schwerpunktmäßig bestimmte Themen wie etwa die Projektgruppe A–OQI die Qualitätsmessung im ambulanten Bereich.

LEICON: Modular aufgebautes gesundheitsökonomisches Controlling–Instrument, das von der ÖGK (vormals NÖGKK, OÖGKK) und der BVAEB (vormals VAEB) entwickelt wurde und betrieben wird. LEICON erfüllt folgende Zielsetzungen: Darstellung von Kosten für einzelne Krankheitsbilder zum Zweck der Analyse, Identifikation von Stärken und Schwächen in der Behandlung von Krankheitsbildern auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene sowie darauf aufbauend die Identifikation von Best–Practice–Modellen, Evaluation von Disease–Management–Programmen und anderen Modellen der integrierten Versorgung auf einer fundierten Datengrundlage. Über LEICON stehen der österreichischen Sozialversicherung erstmals standardisierte sowie empirisch und ökonomisch fundierte Informationen über Prävalenz, Inzidenz und Behandlung von epidemiologischen Krankheitsbildern für standardisierte und individuelle Analysen zur Verfügung. LEICON erfüllt damit die hohen Anforderungen an eine outcome– und prozessorientierte Analyse von Krankheitsbildern als Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung von Effektivität und Effizienz.¹

¹ <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844899&portal=svportal>

1 Historie, Hintergrund

Das Kapitel beschäftigt sich mit der Entstehung des Projekts A-OQI seit der Gesundheitsreform 2013 und der Einordnung in den aktuellen Bundes-Zielsteuerungsvertrag.

1.1 Historische Entwicklung des Projekts

Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2013 (Zielsteuerung-Gesundheit) in Österreich mit dem System Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) inkl. Peer-Review-Verfahren umgesetzt und mittlerweile flächendeckend implementiert.

Der Aufbau einer Qualitätsmessung im ambulanten Bereich (niedergelassener und spitalsambulanter) wurde ebenfalls im Zuge der Gesundheitsreform 2013 festgelegt. Die Fachgruppe Versorgungsprozesse als primär verantwortliches Gremium beauftragte 2014 die Projektgruppe ambulante Qualitätsmessung (A-OQI) mit der Erstellung eines Konzepts, welches unter dem Titel „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich“ mit vier thematischen Schwerpunkten im April 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission abgenommen wurde. (s. Kapitel 2)

In der Konzeptionierungsphase wurde aufgrund der Datenverfügbarkeit das Krankheitsbild Diabetes mellitus Typ 2 für die Pilotierung ausgewählt. Basis waren vier bereits vorliegende und durch LEICON auf regionaler Ebene (Bezirksebene) berechnete Indikatoren. Die Pilotierung wurde auf regionaler Ebene in Oberösterreich und der Steiermark durchgeführt und die Pilot-Qualitätszirkel fanden von Jänner bis April 2017 in den Pilotbezirken Graz (Stadt), Murau, Steyr (Stadt) und Schärding statt. Ein entsprechender Abschlussbericht² sowie ein Roll-Out-Konzept³ zur Umsetzung durch die Sozialversicherung unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer wurden 2019 in der zuständigen Arbeitsgruppe erstellt.

Neben Diabetes wurde auch das Thema Blasenkarzinom für die Pilotierung ausgewählt und in der Arbeitsgruppe ambulante Qualitätsmessung bearbeitet und die Versorgung von Patient:innen mit Blasenkarzinom in Vorarlberg analysiert (z.B. Zeitpunkt des Erstsymptoms, Zeitverlauf bis zur Therapie, Art und Anzahl der Untersuchungen). Im Zuge der statistischen Aufbereitung und Analyse wurde jedoch eine Vielzahl von Datenlimitationen deutlich (z. B. fehlende bundesweit einheitliche Diagnosendokumentation oder Leistungserfassung/-abrechnung, Wahlärztinnen und Wahlärzte sind nicht abgebildet etc.), wodurch schlussendlich keine valide Aussage über den Versorgungsprozess und die Behandlung möglich waren und das Thema Blasenkarzinom schlussendlich zurückgestellt wurde.

² siehe „Ambulante Qualitätszirkel am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2; Bericht über die Erfahrungen der Pilotbezirke“

³ siehe „Ambulante Qualitätszirkel – Umsetzungskonzept“

Im Roll-Out von Diabetes mellitus Typ 2 fanden 2021 14 Qualitätszirkel auf Bezirksebene in 7 Bundesländern statt. Die Details sind im A-OQI Bericht 2021 nachlesbar.⁴ Die Ergebnisse der Qualitätszirkel 2022 sind Inhalt des vorliegenden Berichts. (s. Kapitel 4)

1.2 Bezug zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Im aktuellen Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2022 und 2023 ist die Qualitätsmessung im ambulanten Bereich innerhalb des strategischen Ziels 2 („Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“), im operativen Ziel 8 („Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich“) verankert.

Abbildung 1.1:
Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 8

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	
Operatives Ziel 8	Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich	
Messgrößen und Zielwerte	Messgrößen im Zusammenhang mit den weiterführenden Arbeiten zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich noch zu entwickeln	
Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Anpassung und Weiterentwicklung des Konzeptes und der Methode „Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich“ (inkl. Berichtswesen)	Dezember 2023
	2: Schrittweises Ausrollen der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung im gesamten ambulanten Bereich und Aufbau eines kontinuierlichen Berichtswesens einschließlich Veröffentlichung der Ergebnisse in geeigneter Form	Dezember 2023
	3: Aufbauend auf Ergebnissen der bisherigen und weiterer Pilotprojekte organisatorische und rechtliche Vorbereitung und Einführung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosedokumentation zeitgleich im gesamten ambulanten Bereich	Dezember 2023
	4: Durchführung der sektorenübergreifenden Patientenbefragung	Dezember 2022
Landesebene	1: Ausrollen der Qualitätsmessung insbesondere für Diabetes Mellitus Typ 2 im gesamten ambulanten Bereich auf Landesebene (insbesondere Unterstützung der Qualitätszirkel, Informationsarbeit etc.)	Dezember 2023

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2022–2023

Die operative Arbeit im A-OQI Projekt übernimmt die Projektgruppe A-OQI und der 2022 eingerichtete Wissenschaftliche Beirat A-OQI. Beide Arbeitsgruppen sind organisatorisch innerhalb der Fachgruppe Versorgungsprozesse eingegliedert.

⁴ siehe „Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI). Bericht 2021“

2 Konzepte: Qualitätsmessung und Qualitätszirkel im ambulanten Bereich

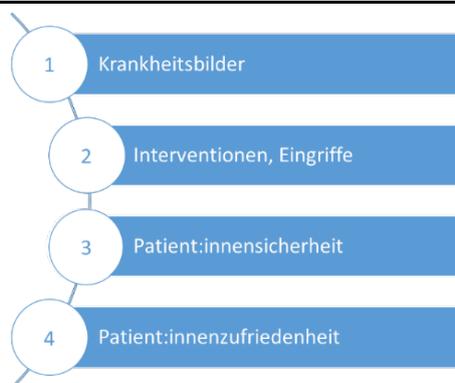
Das Konzept „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich“, wurde von 2014–2016 erarbeitet und im April 2016 von der B-ZK abgenommen. Es verfolgte das Ziel, ein Konzept zur Qualitätsmessung zu entwickeln, dessen Pilotierung vorzubereiten und qualitätsverbessernde Maßnahmen im ambulanten Bereich zu initiieren. Aufbauend auf den Erfahrungen aus dem Pilotprojekt wurde im Umsetzungskonzept „Ambulante Qualitätszirkel – Umsetzungskonzept“ ein bundesweiter Roll-Out aufgezeigt und zusammengefasst. Die Eckpunkte unter Einbezug der Arbeiten 2022 werden wie folgt dargestellt.

2.1 Thematische Schwerpunkte

Im Zuge der Arbeiten wurden vier thematische Schwerpunkte definiert:

- » **Krankheitsbilder, chronische Erkrankungen:** Identifikation von Krankheitsbildern anhand geeigneter Daten, z. B. Ableitung der Basispopulation über Medikamente ATC-ICD oder bei stationären Aufenthalten über die ICD-Hauptdiagnose
- » **Interventionen, Eingriffe:** Heranziehen klar definierter Interventionen als Ausgangspunkt für die Qualitätsmessung z. B. KAL-Daten, Versichertendaten der SV oder anderer Datenquellen
- » **Patient:innensicherheit:** Berechnung ausgewählter Medikation/Leistungen aus geeigneten Datenquellen, z. B. SV-Leistungsdaten; möglicherweise Einbeziehen bereits etablierter Qualitätssicherungsprogramme z. B. Rundversuche der ÖQUASTA
- » **Patient:innenzufriedenheit:** Ergebnisse der sektorenübergreifenden Patient:innenbefragung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sowie weiterer relevanter Befragungen z.B. Bevölkerungsbefragung der SV, ATHIS

Abbildung 2.1:
Thematische Schwerpunkte



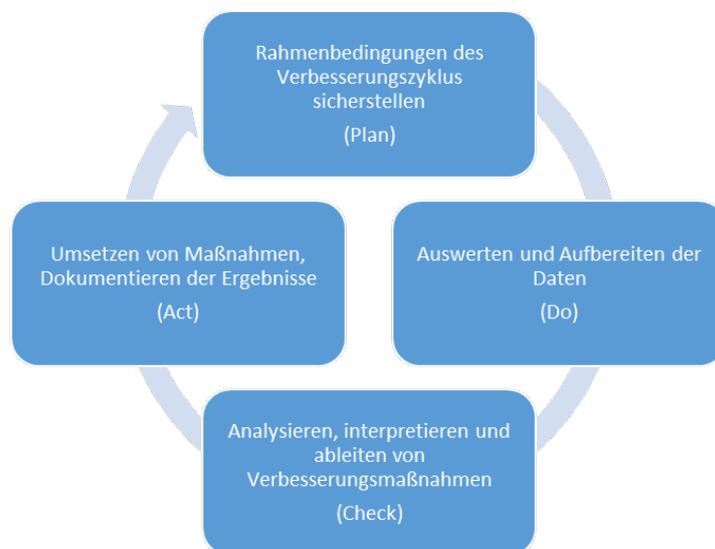
Quelle und Darstellung: BMSGPK

Die bisherigen Qualitätszirkel im Pilotprojekt als auch im Roll-Out fanden ausschließlich zum thematischen Schwerpunkt Krankheitsbilder / chronische Erkrankungen statt.

2.2 PDCA-Zyklus

Der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) ist eine im Qualitätsmanagement gebräuchliche Methode zur Implementierung eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses. Im Rahmen der Qualitätsmessung im ambulanten Bereich wird dieser Zyklus wie folgt interpretiert. Da die Umsetzung vorerst auf den Themenschwerpunkt Krankheitsbilder / chronische Erkrankungen am Beispiel des Diabetes mellitus Typ 2 fokussiert, konzentrieren sich auch die nachfolgend zusammengefassten Festlegungen darauf.

Abbildung 2.2:
Adaptierter PDCA-Zyklus A-OQI



Quelle und Darstellung: BMSGPK

Plan: Rahmenbedingungen des Verbesserungszyklus sicherstellen (Grundlagen, Analyse)

Das Indikatoren-Set soll auf Basis der Erfahrungen aus dem vergangenen Verbesserungszyklus und der wissenschaftlichen Literatur bzw. unter Einbindung notwendiger Expertise entwickelt bzw. weiterentwickelt werden.

Dazu zählen:

- » Erstellen bzw. Revidieren der Indikatorenbeschreibungen
- » Festlegen der Darstellungsart der Ergebnisse (inkl. Granularität der Auswertungen)
- » Festlegen der Ziel- bzw. Referenzbereiche sowie der Risikoadjustierung je Indikator

Diese Festlegungen sind in einem entsprechend legitimierten Entscheidungsgremium zu treffen. Darüber hinaus sind die für den jeweiligen Verbesserungszyklus notwendigen Ressourcen zu benennen und zur Verfügung zu stellen. Das Entscheidungsgremium definiert Analyse-Schwerpunkte für den aktuellen Qualitätsverbesserungszyklus. Die als Schwerpunkte festgelegten Themenbereiche absolvieren alle weiteren Schritte des Qualitätsverbesserungsprozesses.

Im Rahmen der Grundlagenarbeit zu DM 2 wurde das bereits zur Verfügung stehende Indikatoren-Set (Prozessqualität) von LEICON herangezogen und um weitere Indikatoren zur Ergebnisqualität ergänzt. (s. Kapitel 3) In dieser Phase erfolgte 2022 auch die Rekrutierung der SV-Referent:innen und der Ärzt:innen mit einer Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel. Zudem wurden ein Schulungsplan erstellt und Schulungstermine (2 Schulungen, 16 Teilnehmende) organisiert. Diese Vorarbeiten erfolgten durch die ÖGK und die ÖQMED in Abstimmung mit der PG A-OQI.

Do: Auswerten und Aufbereiten der Daten

Die notwendigen Arbeitsschritte umfassen:

- Berechnen der Indikatoren auf der festgelegten Ebene inkl. notwendiger Risikoadjustierung
- Prüfen von Konsistenz und Plausibilität, insbesondere im ersten Verbesserungszyklus und wenn neue Datenquellen einbezogen werden
- Kennzeichnen, ob eine Kennzahl außerhalb des Ziel-/Referenzbereichs liegt
- Darstellen der Ergebnisse in geeigneter Form
- Übermitteln der eigenen Ergebnisse an die jeweils betroffenen Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) in geeigneter Form.

Die Berechnung und Darstellung der Auswertungen und Indikatoren erfolgte 2022 durch die ÖGK.

Check: Analysieren, interpretieren und ableiten von Verbesserungsmaßnahmen

Die Auswertungen auf regionaler Ebene werden den betroffenen GDA der Region in aggregierter Form unter Angabe des Ziel-/Referenzbereichs bzw. des Bundesdurchschnittes rückgespielt. In weiterer Folge werden die Auswertungen im Rahmen von Qualitätszirkeln thematisiert und bearbeitet. Die Qualitätszirkel übernehmen die tieferegehende Analyse der Ergebnisse, identifizieren Verbesserungspotenziale und leiten Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen ab, die entsprechend zu dokumentieren sind.

2022 wurden 14 der geplanten 29 Qualitätszirkel abgehalten. (s. Kapitel 4)

Act: Umsetzen von Maßnahmen, Dokumentieren der Ergebnisse

Die schriftlich festgehaltenen Ergebnisse des Verbesserungsprozesses werden dokumentiert und zur weiteren Bearbeitung für (über)regionale und bundesweite Zwecke aufbereitet. In einem Bericht werden die Ergebnisse jedes Zyklus zusammengefasst. Dieser Bericht ist den in der Region verantwortlichen Institutionen (z.B. Krankenkassen, Land, Landes-Zielsteuerungskommission) zu übermitteln. Diese definieren daraus konkrete Maßnahmen, die ihren Wirkungsbereich betreffen,

und berichten darüber in der Landes-Zielsteuerungskommission. Den Teilnehmer:innen der Qualitätszirkel sind die Ergebnisse zur Information zu übermitteln.

2.3 Pilotierung und Umsetzungskonzept

Aus der Pilotierung zu DM 2 haben sich folgende Lessons Learned ergeben, die im Zuge des Roll-Out als besonders wichtig erachtet wurden:

- » Einfluss bestehender regionaler Unterschiede, insbesondere zwischen Stadt und Land
- » Unterschiedlicher Informationsstand: „DMP-Ärzt:innen“ haben bereits eine wesentlich detailliertere Information bzgl. Prozessindikatoren der ins DMP eingeschriebenen Patient:innen
- » Einbeziehung der regionalen Krankenanstalten und der gesamten niedergelassenen Ärzteschaft im Sinne einer gesamthaften Betrachtung
- » Aufarbeitung von Fragen zur Verlässlichkeit der Indikatoren, insbesondere durch Einbeziehen der Daten der Krankenhausambulanzen
- » Überarbeitung und dabei Straffung der Dokumentation mit Berücksichtigung einer nachfolgenden Projekt-Evaluation.

Wesentlich wurden die Daten aus dem Bereich der Krankenhausambulanzen erachtet. Es sollte untersucht werden, welcher Anteil der ambulanten Betreuungsleistungen für Diabetiker:innen durch die Krankenhausambulanzen und in anderen bislang nicht erfassten Versorgungsbereichen erbracht wird und es dadurch zu Verzerrungen in den Auswertungen kommen könnte. In den Auswertungen 2023 werden in einem ersten Schritt bereits vermehrt Daten aus den Krankenhausambulanzen einbezogen werden.

Als wesentliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung und die nachhaltige Etablierung der Qualitätszirkel werden die Governance-Struktur (Festlegung der Verantwortlichkeiten, Arbeitsgruppen zur Umsetzung), begleitende gesetzliche Maßnahmen, die verwendeten Indikatoren, die operative Vorbereitung (Schulungen, Auswahl und Anzahl der Bezirke) und die organisatorischen Schritte erachtet.⁵

⁵ siehe „Ambulante Qualitätszirkel – Umsetzungskonzept“

3 Regionsprofile und Qualitätsindikatoren

Für das Themengebiet DM 2 wurden mehrere Indikatoren betreffend Prozess- und erstmals Ergebnisqualität festgelegt. Die Ergebnisse dienen als Aufgreifkriterium, um einzelne Bezirke für Qualitätszirkel auszuwählen, und um diese im QZ zu diskutieren und Verbesserungsmaßnahmen vorzuschlagen. Für die einzelnen QZ werden neben den Indikatorenergebnissen auch Regionsprofile erstellt und präsentiert. Die Details sind in den folgenden Kapiteln getrennt nach Regionsprofile, Prozessqualität und Ergebnisqualität dargestellt.

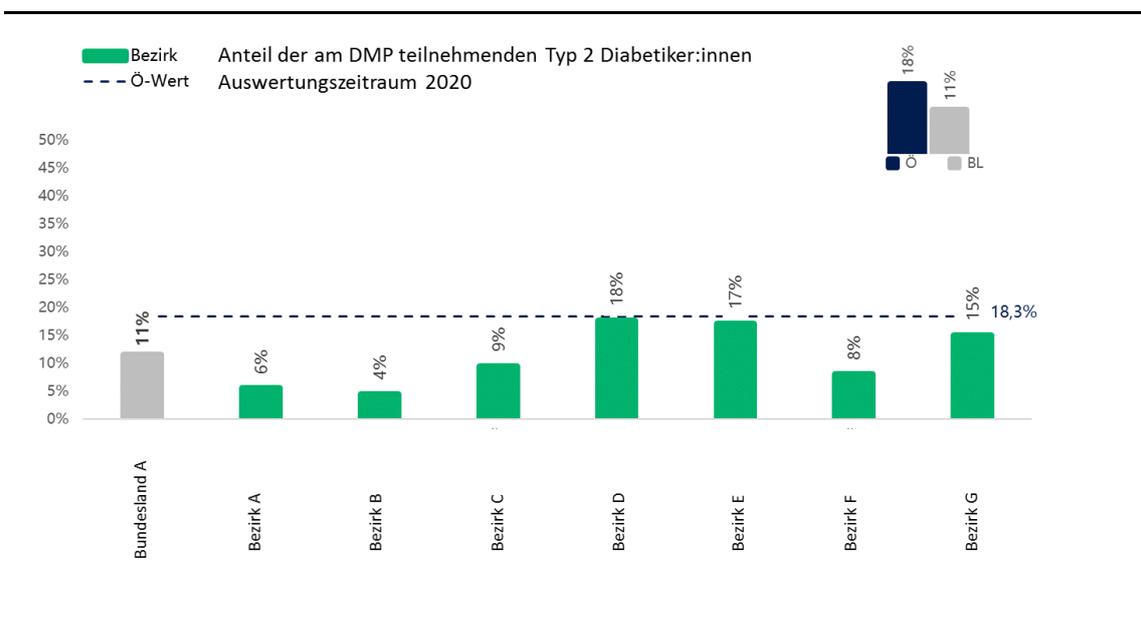
3.1 Regionsprofile

Die Regionsprofile, die für die Qualitätszirkel DM 2 aufbereitet wurden, beinhalten Informationen zur:

- Demographie (Bevölkerungsstruktur ab 60 Jahren)
- Epidemiologie (Anteil an Typ 2-Diabetiker:innen an der Gesamtbevölkerung) und zu
- Versorgungsangeboten (Ärzt:innendichte, Teilnahme am DMP).

Die Datenaufbereitung erfolgt je Bundesland mit Werten auf Ebene Bund, Bundesland und Bezirk. Die folgende Abbildung beinhaltet eine Beispieldarstellung für die Information zum Anteil der am DMP-teilnehmenden Diabetiker:innen.

Abbildung 3.1:
Beispiel Regionsprofil, Teilnahme am DMP-Programm



Die folgende Tabelle zeigt die selbe Kennzahl im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020 auf Bundesebene. Im Jahr 2020 waren von 351.815 Diabetiker:innen 18,3% im Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ eingeschrieben. Der Vergleich zw. 2020 und 2019 wird in Prozentpunkten (%P) angegeben.

Tabelle 3.1:
Teilnahme am DMP-Programm, 2015–2020

Teilnahme im DMP-Programm 2015-2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020 vs. 2019 (%P)
Anzahl Diabetiker:innen (DM 2)	322.256	329.382	334.338	329.162	335.858	351.815	
davon im DMP Programm (in %)	10,8%	12,0%	13,9%	15,5%	17,4%	18,3%	0,9

Quelle: ÖGK

Als Diabetiker:innen gelten in den A-OQI-Auswertungen auf Basis von LEICON jene Personen, denen im Berichtszeitraum zumindest einmal

- » eine OAD (orale Antidiabetika) Therapie oder
- » eine Kombinationstherapie (OAD und Insulin)

verordnet wurde.

3.2 Prozessqualität (ärztliche Kontakte, Laborparameter)

Zur Prozessqualität wurden nachstehende Indikatoren für das Krankheitsbild Diabetes festgelegt:

- Kontakte in der Allgemeinmedizin in mindestens drei Quartalen des vergangenen Jahres.
- Mindestens einen Kontakt beim Augenarzt/bei einer Augenärztin in den vergangenen zwei Jahren.
- Mindestens eine HbA1c-Bestimmung im vergangenen Jahr.
- Mindestens eine Bestimmung von Kreatinin, Triglycerid, Gesamtcholesterin oder HDL/LDL im vergangenen Jahr.

Im Jahr 2020 hatten 90,9% der Typ 2-Diabetiker:innen in mindestens drei Quartalen des vergangenen Jahres einen ärztlichen Kontakt in der Allgemeinmedizin. Einen Kontakt beim Augenarzt / bei der Augenärztin hatten 52,5% der Typ 2-Diabetiker:innen in den vergangenen zwei Jahren. Entsprechende Laborwerte wurden in 77,5% (HbA1c) bzw. 80,1% (Kreatinin,

Triglycerid, Gesamtcholesterin oder HDL/LDL) der Fälle bestimmt. Je Indikator findet sich nachfolgend das Ergebnis auf Bundesebene im zeitlichen Verlauf von 2015 bis 2020. Die Indikatorenbeschreibung befindet sich im Anhang.

Tabelle 3.2:
QI Ärztliche Kontakte, Laborwerte

Ärztliche Kontakte, Laborwerte 2015-2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020 vs. 2019 (%P)
Kontakte in der Allgemeinmedizin	91,6%	91,8%	91,6%	91,6%	91,8%	90,9%	-0,9
Kontakt bei Augenarzt/Augenärztin	53,9%	54,0%	53,9%	54,5%	55,0%	52,5%	-2,5
HbA1c-Bestimmung	77,4%	78,9%	79,6%	80,0%	80,9%	77,5%	-3,4
Bestimmung von Kreatinin, Triglycerid, Gesamtcholesterin oder HDL/LDL	79,6%	80,9%	81,6%	82,5%	83,7%	80,1%	-3,6

Quelle: ÖGK

3.3 Ergebnisqualität

Zur Ergebnisqualität wurden für die QZ 2022 erstmals folgende Indikatoren für das Krankheitsbild Diabetes festgelegt:

- Herzinfarkt: Anteil der Typ 2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme und Haupt- oder Zusatzdiagnose Herzinfarkt (I21.0-I22.9) im jeweiligen Jahr
- Ischämischer Schlaganfall: Anteil der Typ 2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme und Haupt- oder Zusatzdiagnose Schlaganfall (I63, I64, Diagnosenausschluss z.B. Karzinom)
- Major-Amputation: Anteil der Typ 2-Diabetiker:innen mit stationärer Krankenhausaufnahme und entsprechender MEL (z.B. NZ090 Oberschenkelamputation oder NZ110 Unterschenkelamputation, Diagnosenausschluss z.B. Trauma, Karzinom) im jeweiligen Jahr.

Im Jahr 2020 hatten 0,89% der Typ 2-Diabetiker:innen einen stationären Aufenthalt mit dokumentierter Diagnose Herzinfarkt und 0,66% mit ischämischem Schlaganfall. 0,15% der Typ 2-

Diabetiker:innen wurden stationär mit einer Major-Amputation versorgt. Je Indikator findet sich nachfolgend das Ergebnis auf Bundesebene im zeitlichen Verlauf von 2018 bis 2020.

Tabelle 3.3:
QI Ergebnisqualität

Ergebnisqualität 2018-2020	2018	2019	2020	2020 vs. 2019 (%P)
Herzinfarkte	0,99%	0,94%	0,89%	-0,05
Ischämische Schlaganfälle	0,85%	0,76%	0,66%	-0,1
Nicht-traumatische Major-Amputationen (untere Extremität)	0,16%	0,16%	0,15%	-0,01

Quelle: ÖGK

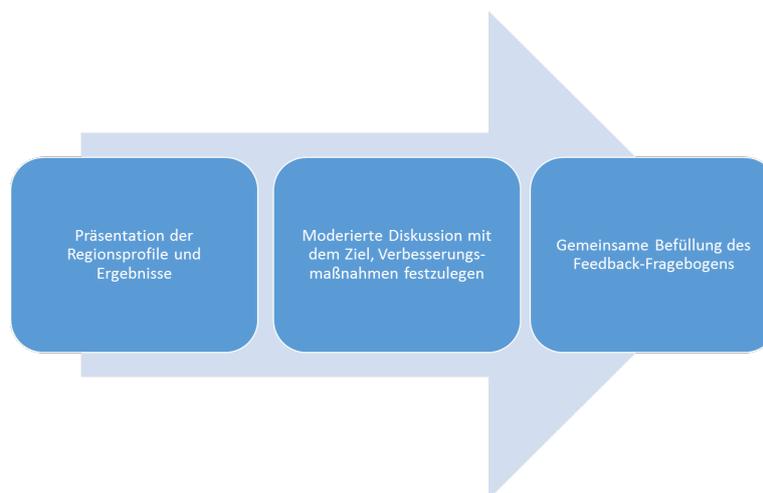
4 Qualitätszirkel 2022

Von November 2022 bis Jänner 2023 fanden insgesamt 14 Qualitätszirkel zum Thema Diabetes mellitus Typ 2 statt. Details zum Ablauf und zu den Ergebnissen sowie Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen werden im vorliegenden Kapitel dargestellt.

4.1 Überblick, Ablauf

Wie in der folgenden Abbildung dargestellt, laufen Qualitätszirkel in drei Schritten ab – Datenpräsentation, moderierte Diskussion und Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen und gemeinsame Befüllung des Feedback-Fragebogens. In den Qualitätszirkeln wurden die Auswertungen (Regionsprofil, Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität s. Kapitel 3) auf regionaler Ebene unter Angabe des Ziel-/Referenzbereichs bzw. des Bundesdurchschnittes präsentiert. In weiterer Folge wurden die Auswertungen im Rahmen des Zirkels tiefergehend analysiert, Verbesserungspotenziale identifiziert und Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen abgeleitet. Die Dokumentation erfolgte anhand eines im Vorfeld erstellten strukturierten Feedback-Fragebogens. (s. Kapitel 4.2.1)

Abbildung 4.1:
Ablauf Qualitätszirkel



Quelle: ÖGK

Folgende Aufgabenverteilung ist in den Qualitätszirkeln festgelegt:

- Präsentation der Daten: Geschulte SV-Referentinnen
- Moderation: Geschulte Ärzt:innen mit Qualitätszirkelmoderatorenausbildung.

Gemäß Vorgabe der Projektgruppe A-OQI waren in den neun Bundesländern insgesamt 29 Qualitätszirkel für 29 Bezirke geplant. Nach Aussendung von Einladungen an die Vertragsallgemeinmediziner:innen in den ausgewählten Bezirken konnten in folgenden 14 Bezirken die Qualitätszirkel wie geplant abgehalten werden. Aufgrund zeitlicher Verschiebungen fanden einige Qualitätszirkel erst im Jänner 2023 statt.

Tabelle 4.1:
Überblick Qualitätszirkel

Bundesland	Bezirk	Datum	Teilnehmer:innen
Salzburg	Hallein	08.11.2022	7
Burgenland	Oberpullendorf	17.11.2022	3
Steiermark	Murtal	22.11.2022	6
Kärnten	Spittal an der Drau	23.11.2022	5
Oberösterreich	Grieskirchen	28.11.2022	8
Wien	16. Bezirk	30.11.2022	4
Vorarlberg	Bregenz	01.12.2022	4
Wien	9. Bezirk	13.12.2022	4
Oberösterreich	Braunau	20.12.2022	7
Tirol	Kitzbühel	11.01.2023	4
Wien	15. Bezirk	11.01.2023	4
Niederösterreich	Gmünd	13.01.2023	5
Niederösterreich	Gänserndorf	18.01.2023	5
Niederösterreich	Mistelbach	25.01.2023	5
Gesamt: 14 Qualitätszirkel, 71 Teilnehmer:innen			

Quelle: ÖQMED

4.2 Ergebnisse aus den Qualitätszirkeln

Zunächst werden die Feedback-Fragebögen zusammengefasst, bevor auf die aus den Zirkeln stammenden konkreten Verbesserungsmaßnahmen und die Lessons Learned eingegangen wird.

4.2.1 Feedback-Fragebögen in Summe

In den nachstehenden Grafiken sind die Ergebnisse der Feedback-Fragebögen, bestehend aus den folgenden acht Hauptfragen, abgebildet:

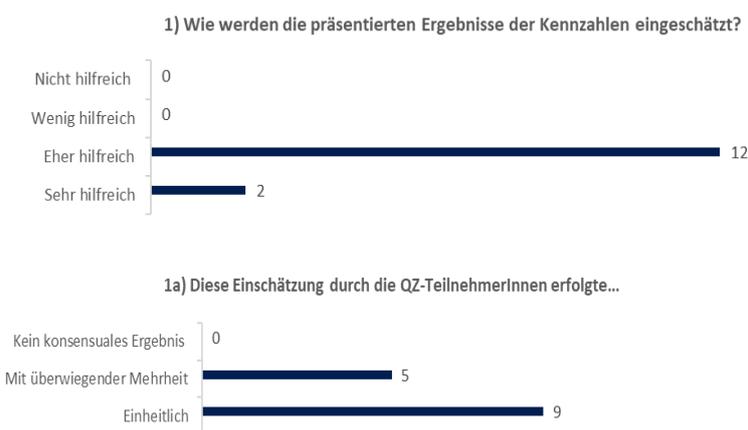
1. Wie werden die präsentierten Ergebnisse der Kennzahlen eingeschätzt?
2. Welche Daten würden Sie darüber hinaus benötigen, um die regionale Versorgung besser einschätzen zu können?

3. Mit welchen Maßnahmen könnte man in Ihrer Region die Teilnahme der Patient:innen an integrierten Versorgungsprogrammen (DMP) forcieren?
4. Was wären Ihrer Ansicht nach wirksame Maßnahmen, damit die Patient:innen ihre regelmäßigen „Therapie aktiv“-Termine auch wahrnehmen und die empfohlenen Intervalle für Routineuntersuchungen einhalten?
5. Wie können Patient:innen, die Risikogruppen (z.B. psychosoziale Randgruppen, Migrantinnen) angehören, besser erreicht werden?
6. In welchen Bereichen sehen Sie konkrete Verbesserungsmöglichkeiten für die Versorgung der Patient:innen mit Diabetes in ihrer Region?
7. Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patient:innen mit Diabetes werden in ihrer Region bereits umgesetzt und welche Angebote gibt es?
8. Zusammengefasst, wie schätzen sie die Versorgung von Diabetiker:innen in Ihrer Region auf Basis der präsentierten Daten und der heutigen Diskussion ein?

Der gesamte Feedback-Fragebogen ist im Anhang zu finden.

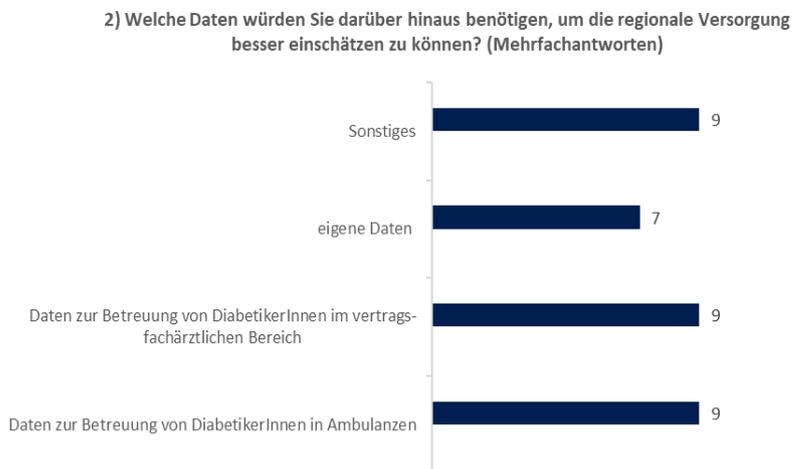
Zur Erläuterung der folgenden Abbildungen: Die Anzahl neben den jeweiligen Balken betrifft die Fragebogenstückanzahl (ein Fragebogen je Qualitätszirkel). In Frage 1 bspw. ist damit gemeint, dass in 12 Feedbackfragebögen die Frage mit „eher hilfreich“ und in 2 mit „sehr hilfreich“ beantwortet wurde.

Abbildung 4.2:
Frage 1 (Feedback-Fragebogen)



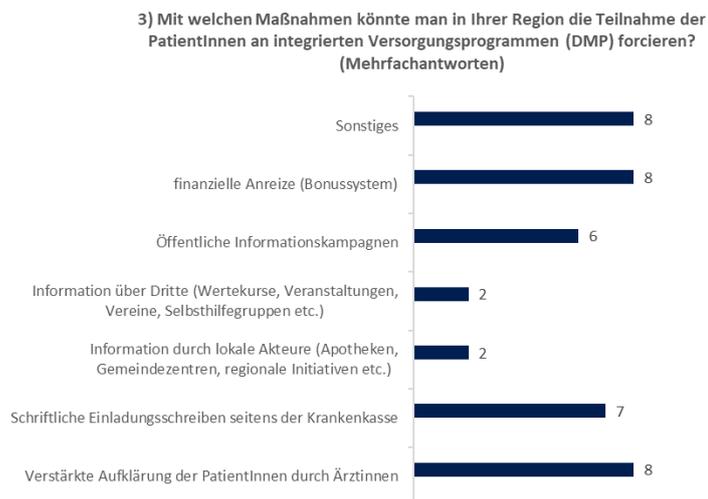
Quelle: ÖGK

Abbildung 4.3:
Frage 2 (Feedback-Fragebogen)



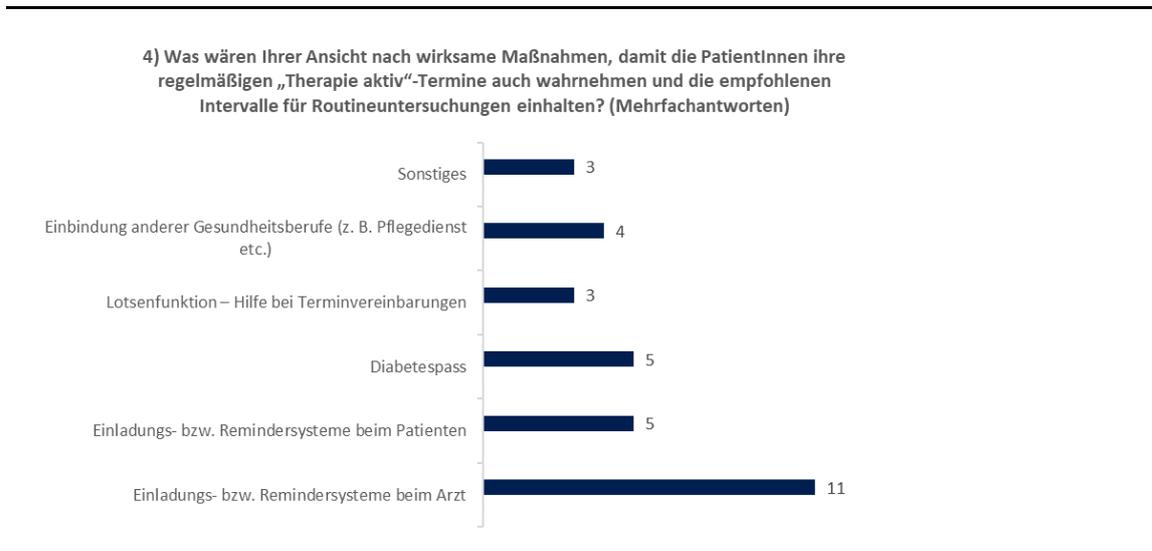
Quelle: ÖGK

Abbildung 4.4:
Frage 3 (Feedback-Fragebogen)



Quelle: ÖGK

Abbildung 4.5:
Frage 4 (Feedback-Fragebogen)



Quelle: ÖGK

Abbildung 4.6:
Frage 5 (Feedback-Fragebogen)



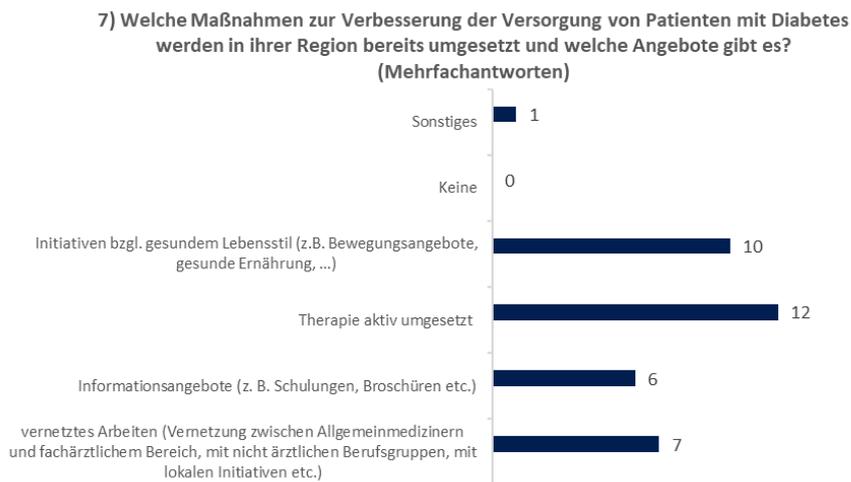
Quelle: ÖGK

Abbildung 4.7:
Frage 6 (Feedback-Fragebogen)



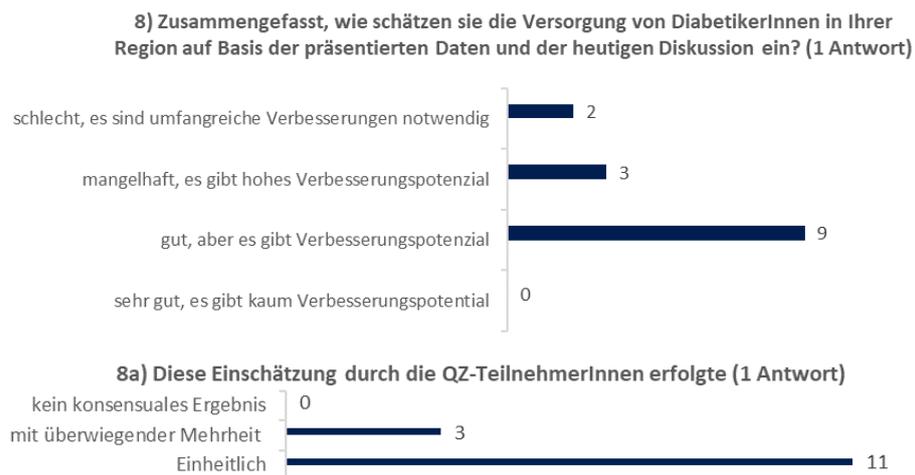
Quelle: ÖGK

Abbildung 4.8:
Frage 7 (Feedback-Fragebogen)



Quelle: ÖGK

Abbildung 4.9:
Frage 8 (Feedback-Fragebogen)



Quelle: ÖGK

4.2.2 Verbesserungsvorschläge der Ärzt:innen

Auf Grundlage der Diskussionen in den A-OQI Qualitätszirkeln wurden von den zuständigen Stellen folgende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Die nachstehenden Punkte werden innerhalb der ZS-G in der PG AOQI diskutiert werden:

- Verbesserung der Kooperation/des Informationsflusses/der Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzt:innen und Spitälern/Ambulanzen
- sektorenübergreifende Qualitätszirkel (intra- und extramurale Ärzte) etablieren
- Entwicklung eines spezifischeren Feedback-Fragebogens; der derzeitige Fragebogen ist zu allgemein gehalten, kein Unterschied DMP/nicht DMP
- Diabetesambulanz im Murtal errichten
- Bonus/Malus-System einführen
- Einladung für A-OQI Qualitätszirkel informativer gestalten
- Ärztliche Fortbildungen zu Lebensstilfaktoren.

Folgende Themen wurden seitens der SV bereits analysiert und sind zum Teil bereits in Bearbeitung:

Erweiterung der Schulungsangebote für Ärzt:innen und Patient:innen:

In Kooperation mit der Akademie der Ärzte werden Schulungsangebote für Ärzt:innen kostenlos zur Verfügung gestellt und können sowohl von an Therapie Aktiv teilnehmenden Ärzt:innen als auch nicht teilnehmenden Ärzt:innen genutzt werden. Die Basisausbildung für Therapie Aktiv ist 2023 kostenlos unter www.meindfp.at abrufbar.

Auf der Homepage www.therapie-aktiv.at sind folgende Inhalte zur Fort- und Weiterbildung verfügbar:

- Beilage zum Arzthandbuch Therapie Aktiv mit Update 2021 zur blutzuckersenkenden Therapie
- Wie kann ich meine niere.schützen 2.0?
- Diabetische Ketoazidose im Kindes- und Jugendalter.

Auch für Patient:innen, die nicht in das DMP Therapie Aktiv eingeschrieben sind, besteht die Möglichkeit an einer Schulung teilzunehmen. Angehörige können als "außerordentliche" Hörer an einer Diabetikerschulung teilnehmen und damit unterstützen. Zusätzlich wurde die Möglichkeit geschaffen, online an Schulungen teilzunehmen (schulung@therapie-aktiv.at).

Schulungen durch andere Berufsgruppen anbieten:

Um das Angebot an Schulungen für Patient:innen zu erhöhen und gleichzeitig eine Entlastung der Ärzt:innen zu erreichen, sollte es anderen Berufsgruppen (z.B. Diätolog:innen oder Diabetesberater:innen) ermöglicht werden, diese Schulungen selbständig anzubieten. Es erscheint

auch sinnvoll, die Schulung für DM 2-Patient:innen in das Betreuungsprogramm Therapie Aktiv vertraglich zu integrieren.

Diätologische Beratungen für DMP-Patient:innen kostenlos anbieten: Im Rahmen des Pilotprojektes „Diabetter“ ist die diätologische Beratung beinhaltet.

Info-Veranstaltungen zum DMP Therapie aktiv für niedergelassene Ärzt:innen und Kliniken abhalten:

Zum Thema Therapie Aktiv sind in der Jahresplanung 2023 folgende Basisausbildungen bzw. Vorträge vorgesehen:

- Begleitlehrgang Diabetes der Privatmedizinischen Universität Salzburg
- ÖDG-Frühjahrstagung Innsbruck
- Ärztetage Velden
- What's new & what's hot? Kepler Universitätsklinikum Linz
- Österreichischer Primärversorgungskongress – Graz
- 31. Grazer Fortbildungstage – Graz
- 50. ÖDG Jahrestagung 2022 – Salzburg
- Kongress für Allgemeinmedizin – Graz

Da Kliniken nicht als Teilnehmende im Therapie Aktiv vorgesehen sind (Voraussetzung ist eine Niederlassung in der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin), sollte der Fokus einer Klinik darauf gerichtet sein

- Informationen zum Programm Therapie Aktiv zur Verfügung zu stellen und
- Therapie Aktiv-Ärzt:innen in Wohnortnähe der Patient:innen zu benennen.

Dies kann durch Informationsbroschüren, die Homepage bzw. Informationslisten mit Kontakten zu Therapie Aktiv-Ärzt:innen erfolgen.

Im niedergelassenen Bereich erscheint es sinnvoll, auf lokaler Ebene Kooperationen mit den Ärztekammern zu suchen, sowie erfahrene und engagierte Therapie Aktiv-Ärzt:innen zu finden, die Ihren Kolleg:innen die einfache Integration von Therapie Aktiv in den Praxisalltag nahebringen können.

Werbe-Offensive für die Online-Diabetes-Schulung und Therapie aktiv:

Gerade im Zusammenhang mit der neu implementierten österreichweiten Online-Diabetes-Schulung werden regelmäßig Informationen über die Therapie Aktiv-Homepage platziert. Informationen gehen auch an Therapie Aktiv-Ärzt:innen über den Newsletter. Neu teilnehmende Patient:innen erhalten mit Ihren Unterlagen eine Informationskarte und bereits am Therapie Aktiv-Programm teilnehmende Patient:innen wurden über Aussendungen zum Thema Online-Schulungen informiert.

Layout des Handbuches modernisieren (jüngere Diabetiker:innen):

Da die Schulungen der Patient:innen in den Bundesländern nicht Teil von Therapie Aktiv sind, werden diese unterschiedlich organisiert. Aus diesem Grund werden unterschiedliche Unterlagen verwendet. Das Handbuch für Patient:innen in Therapie Aktiv wird sowohl inhaltlich als auch vom Layout laufend aktualisiert.

Informationsschreiben über Therapie Aktiv an die Patient:innen bei Erstverordnung eines OAD seitens der SV: Diese Maßnahme stellt eine interessante Möglichkeit der großflächigen und zielgerichteten Information für Patient:innen dar und sollte österreichweit geprüft werden.

DMP Modul-Kosten übernehmen: Die Basis-Ausbildung via e-learning steht 2023 allen Ärzt:innen kostenlos zur Verfügung.

Mehrsprachiges Infomaterial (ukrainisch, arabisch, ...) erstellen:

Wesentliche Informationsmaterialien stehen in den Sprachen Bosnisch, Serbisch, Kroatisch, Englisch und Türkisch (auch auf der Homepage) zur Verfügung. Eine Erweiterung für andere Sprachen ist möglich.

Audifizierung für Arzthelfer:innen ermöglichen:

Wir gehen davon aus, dass damit eine Aus-/Weiterbildung der Ordinationsassistent:innen gemeint ist. Eine Einführung in die Administration von Therapie Aktiv gibt es beispielsweise bei folgenden österreichweiten Kongressen:

- 31. Grazer Fortbildungstage – Graz
- STAFAM Kongress für Allgemeinmedizin – Graz.

Ein Video zur Erklärung der Arbeitsabläufe zur Integration von Therapie Aktiv in den Ordinationen ist gerade in Vorbereitung und soll demnächst produziert werden.

Elektronische Einladungs- und Remindersysteme (App, SMS) entwickeln:

Dieser Vorschlag wird gerne aufgenommen. Als Datengrundlage stehen dafür die administrativen Daten (Einschreibedaten) und die im Therapie Aktiv regelmäßig erhobenen Risikodaten (wie beispielsweise Blindheit, Rauchen, BMI>26, erhöhter Blutdruck, etc.) zur Verfügung.

Ein Remindersystem sollte unbedingt in Abstimmung mit den jeweiligen Therapie Aktiv-Ärzt:innen erfolgen.

Treffen der Therapie Aktiv Ärzt:innen:

Ein Treffen der Therapie Aktiv-Ärzt:innen wurde in den Qualitätszirkeln öfter als sinnvoll angesprochen, da diese die Diskussion über Ihre eigenen Daten aus Therapie Aktiv wünschenswert

fanden. Es wäre auch eine Verbindung mit noch nicht teilnehmenden Ärzt:innen denkbar, um von den verbesserten Betreuungsergebnisse in Therapie Aktiv zu überzeugen.

Für einige Fragestellungen sind tiefergehende Analysen notwendig. Folgende Verbesserungsvorschläge werden in einer internen Arbeitsgruppe behandelt:

- Starterpaket Diabetes für neue Diabetiker:innen erweitern: Blutzuckermessgerät mit Streifen (mindestens 50 Stück), Geräte zur kontinuierlichen Glukosemessung für ca. 1 Monat, Schrittzähler
- Kassenplanstellen für Angiologie etablieren, Angebote Augenheilkunde und Neurologie erweitern; Positionen für: Einschulung auf Diät, Fußuntersuchung, Direktbestimmung LDL-C in Honorarkatalog aufnehmen, Limitierung HbA1C und Cholesterinparameter bei Diabetiker:innen aufheben
- Kassenplanstelle für Diätolog:innen
- Positionen für: Einschulung auf Diät, Fußuntersuchung in Honorarkatalog aufnehmen
- Honorare für DMP-Betreuung erhöhen.

Diabetes–Schwerpunkt Ordinationen bzw. Diabeteszentren etablieren: Am 20. März 2023 wurde in Wien ein Diabeteszentrum eröffnet, die Umsetzung weiterer Diabeteszentren wird derzeit evaluiert.

Kassenfinanzierte Versorgung Wundmanagement bzw. Wundzentren errichten: Etablierung einer spezialisierten Wundversorgung ist Gegenstand der Überlegungen und wird in Form von Pilotprojekten aufgesetzt.

4.2.3 Lessons Learned

Betreffend Ablauf der Qualitätszirkel wurden Lessons Learned zu mehreren Themen erarbeitet.

Zeitplan

Die Auswahl der Bezirke sollte spätestens Anfang Mai abgeschlossen sein, um für die Planung der Schulungen die Monate Mai und Juni zur Verfügung zu haben. Dadurch können die Schulungen Mitte/Ende September abgehalten werden, wodurch die Qualitätszirkel bereits ab Oktober stattfinden können.

Aufgrund der Feier- und Ferientage stehen die Monate Dezember und Jänner nicht zur Gänze zur Verfügung. Aus diesem Grund wäre es zielführend, die Schulung und somit die Abhaltung der Qualitätszirkel früher zu starten. Die A-OQI Qualitätszirkel sollen zukünftig an Nachmittagen stattfinden (von 15:30 bis 17:30) bevorzugt an den Tagen Mittwoch und Freitag.

Einladungsmanagement, Räumlichkeiten

Neben den Bezirksärztevertretungen wurden seitens der ÖQMED die Fortbildungsreferent:innen der Landesärztekammern informiert, die Veranstaltung im DFP Kalender angelegt und im Veranstaltungskalender der Landesärztekammern aufgenommen. Durch Erweiterung der potenziellen Teilnehmer:innen der Qualitätszirkel aus angrenzenden Fachrichtungen der Thematik, können mehr Feedback und Teilnehmer:innen generiert werden.

Neben den bisherigen Räumlichkeiten in Gasthäusern (Extrazimmer) sollten bevorzugt auch Räumlichkeiten in der ÖGK, den Landesärztekammern oder ev. auch in großen Arztpraxen angeboten werden.

Befragung der Referent:innen und Moderator:innen

Neben den SV-Referent:innen sollen auch die Ärztekammer-Moderator:innen in Form einer Umfrage um Rückmeldungen zu den Qualitätszirkeln gebeten werden. Dadurch würde ein umfangreiches Feedback resultieren.

5 Management Review zum Projekt A-OQI

Im Zuge einer gemeinsamen Reflexion mit dem Fokus auf ständiger Verbesserung und Überprüfung der Zielerreichung ergeben sich für die ÖGK und die ÖQMED Änderungsbedarf zur besseren Planung und Abhaltung der A-OQI Qualitätszirkel. In der Analyse wurden die nachfolgenden Faktoren als wesentlich erachtet, um die Qualität und Nachhaltigkeit der Ergebnisqualitätsmessung im ambulanten/niedergelassen Bereich durch A-OQI Qualitätszirkel zu erhöhen. Zur Erreichung der Ziele bedarf es aus Sicht der ÖGK und der ÖQMED einiger wesentlicher Punkte. Die Diskussion und Umsetzung dieser Maßnahmen begründet sich in den gesammelten Erfahrungen aus dem österreichweiten Roll-Out ab dem Jahr 2021 und fußen auf einer intensiven Auseinandersetzung mit dem eingebrachten Feedback unterschiedlichster mitarbeitender Menschen und Organisationen.

Datenvoraussetzung

Im Gegensatz zu A-IQI fehlen wesentliche Daten zur umfassenden Abbildung der Krankheits-/Behandlungsverläufe. Um Themen für den A-OQI Qualitätszirkel festlegen zu können, muss vorab geklärt sein, ob für die jeweils erforderlichen Parameter/Indikatoren ausreichendes, valides Datenmaterial vorhanden ist oder gravierende Datenlücken bestehen. Um den Erfolg der A-OQI Qualitätszirkel zu sichern und valide Aussagen zu treffen, sind jedenfalls Daten zur Verfügung zu stellen, die je nach Krankheitsbild benötigt werden.

Als Beispiele seien hier angeführt:

- Spezifische Leistungen aus Spitalsambulanzen (z.B. Diabetesambulanz, Augenuntersuchung, etc.)
- In Krankenhausambulanzen erbrachte Laborleistungen (z.B. Cholesterin, LDL, HbA1C, NBZ)
- Vollständiger Überblick über die verordneten für das Projekt relevanten Medikamente (z.B. Medikamente unter der Rezeptgebührengrenze)
- Daten aus dem wahlärztlichen Bereich

Wie bei A-IQI soll die Vollständigkeit der Daten auch bei A-OQI sichergestellt sein, bevor ein neuer Themenbereich für die Auswahl von Indikatoren zur Bearbeitung in A-OQI Qualitätszirkeln festgelegt wird.

Geschäftsordnung

Eine verbindliche Geschäftsordnung analog zu A-IQI, die regelt, welche beteiligten Organisationen mit welchen Aufgaben betraut sind, ist eine wesentliche Basis für den Gesamterfolg. Eine solche fehlt derzeit und sollte erstellt werden.

Regionale Arbeitsgruppen

In den ersten Konzepten zu A-OQI waren Länderarbeitsgruppen vorgesehen, um die Umsetzung der A-OQI Qualitätszirkel auf regionaler Ebene zu organisieren. Diese Überlegungen wurden zugunsten einer zentralisierten Umsetzung nicht weiterverfolgt. Es hat sich schon im ersten Projekt (Diabetes mellitus) gezeigt, dass die Integration der Kooperationspartner auf regionaler Ebene bei der Organisation und bei der Bearbeitung der Verbesserungsschläge wichtig wäre und den gesamten Prozess der Organisation der Qualitätszirkel, wie etwa die Information der Ärzteschaft, die Suche nach Lokalitäten für die Qualitätszirkel erleichtern würde. Die ÖQMED sollte nicht mehr für die Vorortorganisation, sondern als Informations- und Organisationsdrehscheibe in Zusammenarbeit mit den zu etablierenden regionalen Arbeitsgruppen aktiv sein und diese bestmöglich unterstützen.

Bezirksauswahl

Für die Abhaltung der A-OQI Qualitätszirkel wird empfohlen, Ärzt:innen mehrerer (angrenzender) Bezirke maximal bis auf Ebene einer Versorgungsregion für einen gemeinsamen Termin einzuladen. Damit würde die Teilnehmeranzahl pro A-OQI Qualitätszirkel wesentlich erhöht werden. Zudem würde dadurch die Organisation erleichtert und insbesondere der Personal- und Sachaufwand (Vertreter der Sozialversicherung, QZ-Moderatoren, Reisekosten) reduziert. Auch das festgestellte Problem der Erfassung bezirksüberschreitender Behandlungen würde durch die Zusammenlegung minimiert werden.

Zeitplan

Um die Abhaltung der A-OQI Qualitätszirkel laut Zeitplan durchführen zu können, ist es erforderlich, die Daten und die Bezirksauswahl bis spätestens 1. Mai des betreffenden Jahres festzulegen. Damit ist gewährleistet, dass die A-OQI Qualitätszirkel bis Ende November des Projektjahres abgeschlossen sind.

Marke „A-OQI Qualitätszirkel“

Unter dem Begriff Qualitätszirkel ist ein klar umschriebenes Instrument zur Qualitätssicherung seit Jahrzehnten definiert und etabliert. Die Qualitätszirkel bei A-OQI weichen von dieser Definition in einigen Punkten (Anzahl der Teilnehmer, periodisch wiederkehrende Qualitätszirkel, Themenauswahl durch die Teilnehmer, die in der Regel immer dieselben Personen umfassen) ab.

Um Verwechslungen mit den etablierten „Qualitätszirkel“ der Ärztekammer und Irritationen zu vermeiden und einen Wiedererkennungswert der A-OQI Qualitätszirkel zu erreichen, sollten die spezifisch für A-OQI Qualitätszirkel typischen Merkmale klar definiert und kommuniziert werden. Auch erscheint es wichtig diese Qualitätszirkel mit dem Hinweis auf ihre Anwendung als A-OQI Qualitätszirkel zu bezeichnen.

6 Ausblick

Der gegenständliche Bericht wird den teilnehmenden Ärzt:innen im Sinne einer Rückmeldung auf ihr Feedback zu ihren Verbesserungsvorschlägen übermittelt.

Aktuell arbeitet der Wissenschaftliche Beirat A-OQI an Indikatoren zu einem neuen Themenschwerpunkt, da für das Jahr 2023 arteriosklerotische Erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall und pAVK) als Krankheitsbild festgelegt wurde. Dies beinhaltet auch eine Überarbeitung des Feedback-Fragebogens. Neben Allgemeinmediziner:innen werden erstmals auch Fachärzt:innen aus den Bereichen Innere Medizin und Neurologie zu den Qualitätszirkeln eingeladen werden.

Die Umsetzung einiger Anregungen zum Ablauf und zur Organisation ist in den Qualitätszirkeln 2023 bereits vorgesehen. (z.B. Einladungsmanagement, Räumlichkeiten oder Zeitplan insgesamt)

7 Anhang

Qualitätsindikatoren Diabetes Indikatorenbeschreibung
Feedback-Fragebogen Qualitätszirkel Diabetes 2022

Tabelle 7.1:

Indikator Arztkontakte Allgemeinmedizin: Patient:innen haben in mindestens drei Quartalen pro Jahr eine Allgemeinmedizinerin / einen Allgemeinmediziner aufgesucht

Kriterien	Erläuterung
Indikatortyp	Prozessqualität
Zielsetzung	Der Anteil der DM-2- Patient:innen mit regelmäßiger Betreuung soll möglichst hoch sein.
Messgröße	Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen, die in mindestens drei Quartalen einen Kontakt in der Allgemeinmedizin aufweisen
Datenquelle	LEICON
Zähler/Nenner	Nenner: Alle Patient:innen mit oralen Antidiabetika (nur orale Antidiabetika und Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin) Zähler: Anzahl der Patient:innen, die das Kriterium „Arztbesuch in zumindest 3 Quartalen“ erfüllen
Risiko- Adjustierung/Bevölkerungsstandardisierung	Keine; um vergleichbare Kollektive zu haben, werden andere als Typ-2-Diabetiker:innen identifizierte Patient:innen (Monoinsulintherapie bzw. Risikogruppe) nicht berücksichtigt.
Aggregationsebene	Bezirksebene (Wohnbezirk der Patient:innen)
Zielwert/Referenzwert	Größer 90 Prozent
Limitationen	Prinzipiell sollte in jedem Quartal ein Arztkontakt stattfinden. Es wird ein Toleranzquartal angenommen, weil dem Patienten / der Patientin in einem Quartal aus verschiedenen (ggf. persönlichen, d. h. von der Ärztin / dem Arzt nicht beeinflussbaren) Gründen ein Arztbesuch unmöglich sein könnte. Kontakte mit anderen Fachärzt:innen (z. B. für Innere Medizin) sowie Wahlarztkontakte bzw. Ambulanzkontakte werden nicht berücksichtigt. Die Berechnung erfolgt auf Basis von Abrechnungsdaten. Fremdkassenleistungen werden nicht berücksichtigt.
Herkunft des Indikators	Aus nationalen und internationalen Leitlinien bzw. Empfehlungen abgeleitet

Darstellung: GÖG

Tabelle 7.2:

Indikator Arztkontakte Augenheilkunde: Patient:innen haben in den letzten zwei Jahren (Analysejahr und Jahr davor) eine augenärztliche Untersuchung erhalten

Kriterien	Erläuterung
Indikatorotyp	Prozessqualität
Zielsetzung	Ein möglichst großer Anteil der DM-2-Patient:innen sollte augenärztlich untersucht werden.
Messgröße	Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen, die in den letzten 2 Jahren eine augenärztliche Untersuchung hatten
Datenquelle	LEICON
Zähler/Nenner	Nenner: Alle Patient:innen mit oralen Antidiabetika (nur orale Antidiabetika und Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin); Zähler: Anzahl der Patient:innen, die das Kriterium (Augenarztbesuch innerhalb von 2 Jahren) erfüllen
Risiko- Adjustierung/Bevölkerungsstandardisierung	Keine; um ein vergleichbares Kollektiv zu haben, werden andere als Typ-2-Diabetiker:innen identifizierte Patient:innen (Monoinsulintherapie bzw. Risikogruppe) nicht berücksichtigt.
Aggregationsebene	Bezirksebene (Wohnbezirk der Patientinnen/Patienten)
Zielwert/Referenzwert	Größer 80 Prozent (Festlegung durch die PG ambulante Qualitätsmessung)
Limitationen	Wahlärzt:innen werden berücksichtigt, jedoch ist eine Verzerrung durch nicht eingereichte Rechnungen möglich. Nicht berücksichtigt werden Augenambulanzkontakte. Die Berechnung basiert auf Abrechnungsdaten. Fremdkassenabrechnungen werden nicht berücksichtigt.
Herkunft des Indikators	Aus nationalen und internationalen Leitlinien bzw. Empfehlungen abgeleitet. Fingerlos/Robausch (2014): Das Analysetool von LEICON-CCIV, Teil 2. In: Soziale Sicherheit 5/2014:251-261. Pongratz, Reinhold (2015): Arzthandbuch zum Disease-Management Programm Diabetes mellitus Typ 2. Graz: Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Darstellung: GÖG

Tabelle 7.3:

Indikator Laborparameter HbA1c: Patient:innen erhielten mindestens eine HbA1c-Bestimmung pro Jahr

Kriterien	Erläuterung
Indikatortyp	Prozess-/Betreuungsqualität
Zielsetzung	Ein möglichst großer Anteil der Patient:innen sollte erreicht werden.
Messgröße	Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen, die im Analyse-Jahr eine HbA1c-Bestimmung erhalten haben
Datenquelle	LEICON
Zähler/Nenner	Nenner: Alle Patient:innen mit oralen Antidiabetika (nur orale Antidiabetika und Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin); Zähler: Anzahl der Patient:innen, die das Kriterium (HbA1c-Bestimmung im Analyse-Jahr) erfüllen
Risiko-Adjustierung/Bevölkerungsstandardisierung	Um ein vergleichbares Kollektiv zu haben, werden andere als Typ-2-Diabetiker:innen identifizierte Patient:innen (Monoinsulintherapie bzw. Risikogruppe) nicht berücksichtigt.
Aggregationsebene	Bezirksebene (Wohnbezirk der Patientinnen/Patienten)
Zielwert/Referenzwert	Größer 80 Prozent (Festlegung durch die PG ambulante Qualitätsmessung)
Limitationen	Leistungen von Wahlärzt:innen, Ambulanzen bzw. stationären Aufhalten werden nicht berücksichtigt. Die Berechnungen basiert auf Abrechnungsdaten der Sozialversicherungen. Durch die Berücksichtigung von einzelnen Honorarpositionen der einzelnen Träger sind Verzerrungen möglich. Fremdkassenabrechnungen werden nicht berücksichtigt. Verzerrungen durch „Sammelleistungspositionen“ (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) sind möglich.
Herkunft des Indikators	Aus nationalen und internationalen Leitlinien bzw. Empfehlungen abgeleitet. Fingerlos/Robausch (2014): Das Analysetool von LEICON-CCIV, Teil 2. In: Soziale Sicherheit 5/2014:251–261. Pongratz, Reinhold (2015): Arzthandbuch zum Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2. Graz: Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Technische Detailbeschreibung	In noch zu erarbeitendem Dokumentationshandbuch darzustellen

Darstellung: GÖG

Tabelle 7.4:

Indikator Laborparameter Allgemein: Patient:innen erhielten mindestens eine Überprüfung der im Behandlungspfad angeführten Laborparameter (Kreatinin, Triglycerid, Gesamtcholesterin oder HDL/LDL) pro Jahr

Kriterien	Erläuterung
Indikatortyp	Prozessqualität
Zielsetzung	Ein möglichst großer Anteil der Patient:innen sollte erreicht werden.
Messgröße	Anteil der Typ-2-Diabetiker:innen, die im Analysejahr eine Überprüfung bestimmter Laborparameter (Kreatinin, Triglycerid, Gesamt-Cholesterin und HDL/LDL-Cholesterin) erhalten haben
Datenquelle	LEICON
Zähler/Nenner	Nenner: Alle Patient:innen mit oralen Antidiabetika (nur orale Antidiabetika und Kombinationstherapie aus oralen Antidiabetika und Insulin); Zähler: Anzahl der Patient:innen, die das Kriterium (Überprüfung bestimmter Laborparameter im Analyse-Jahr) erfüllen
Risiko-Adjustierung/ Bevölkerungsstandardisierung	Um ein vergleichbares Kollektiv zu haben, werden andere als Typ-2-Diabetiker:innen identifizierte Patient:innen (Monoinsulintherapie bzw. Risikogruppe) nicht berücksichtigt.
Aggregationsebene	Bezirksebene (Wohnbezirk der Patienten)
Zielwert/Referenzwert	Größer 80 Prozent (Festlegung durch die PG ambulante Qualitätsmessung)
Limitationen	Leistungen von Wahlärzt:innen, Ambulanzen bzw. stationären Aufenthalten werden nicht berücksichtigt. Die Berechnungen basiert auf Abrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger. Durch die Berücksichtigung von einzelnen Honorarpositionen der einzelnen Träger sind Verzerrungen möglich. Fremdkassenabrechnungen werden nicht berücksichtigt. Verzerrungen durch „Sammelleistungspositionen“ (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) sind möglich.
Herkunft des Indikators	Aus nationalen und internationalen Leitlinien bzw. Empfehlungen abgeleitet. Fingerlos / Robausch (2014): Das Analysetool von LEICON-CCIV, Teil 2. In: Soziale Sicherheit 5/2014:251-261. Pongratz, Reinhold (2015): Arzthandbuch zum Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2. Graz: Steiermärkische Gebietskrankenkasse.

Darstellung: GÖG

Feedback-Fragebogen ambulanter Qualitätszirkel Diabetes Typ 2

Bezirk:

Datum:

Moderation:

TeilnehmerInnen: Anzahl Ärzte für Allgemeinmedizin:

Anhand der vorgegebenen Fragestellungen und der Indikatoren und Hintergrundinformationen wurde das Thema Diabetes im kollegialen Dialog ausführlich diskutiert. Vorschläge zur Optimierung wurden dargestellt und aufgenommen.

1) Wie werden die präsentierten Ergebnisse der Kennzahlen eingeschätzt? (1 Antwort)

- Sehr hilfreich
- Eher hilfreich
- Wenig hilfreich
- Nicht hilfreich

1a) Diese Einschätzung durch die QZ-TeilnehmerInnen erfolgte (1 Antwort):

- einheitlich
- mit überwiegender Mehrheit
- kein konsensuales Ergebnis

2) Welche Daten würden Sie darüber hinaus benötigen, um die regionale Versorgung besser einschätzen zu können? (Mehrfachantworten)

- Daten zur Betreuung von DiabetikerInnen in Ambulanzen
- Daten zur Betreuung von DiabetikerInnen im vertrags-fachärztlichen Bereich
- eigene Daten
- sonstige:

3) Mit welchen Maßnahmen könnte man in Ihrer Region die Teilnahme der PatientInnen an integrierten Versorgungsprogrammen (DMP) forcieren? (Mehrfachantworten)

- Verstärkte Aufklärung der PatientInnen durch Ärztinnen
- Schriftliche Einladungsschreiben seitens der Krankenkasse
- Information durch lokale Akteure (Apotheken, Gemeindezentren, regionale Initiativen etc.)
- Information über Dritte (Wertekurse, Veranstaltungen, Vereine, Selbsthilfegruppen etc.)
- Öffentliche Informationskampagnen
- finanzielle Anreize (Bonussystem)
- Sonstiges:

4) Was wären Ihrer Ansicht nach wirksame Maßnahmen, damit die PatientInnen ihre regelmäßigen „Therapie aktiv“-Termine auch wahrnehmen und die empfohlenen Intervalle für Routineuntersuchungen einhalten?
(Mehrfachantworten)

- Einladungs- bzw. Remindersysteme beim Arzt
- Einladungs- bzw. Remindersysteme beim Patienten
- Diabetespass
- Lotsenfunktion – Hilfe bei Terminvereinbarungen
- Einbindung anderer Gesundheitsberufe (z. B. Pflegedienst etc.)
- Sonstiges:

5) Wie können PatientInnen, die Risikogruppen (z.B. psychosoziale Randgruppen, Migrantinnen) angehören, besser erreicht werden? (Mehrfachantworten)

- verstärkte Öffentlichkeitsarbeit (auch mehrsprachig)
- über soziale Einrichtungen
- Sonstiges:

6) In welchen Bereichen sehen Sie konkrete Verbesserungsmöglichkeiten für die Versorgung der PatientInnen mit Diabetes in ihrer Region? (Mehrfachantworten)

- Verbesserung der Kooperation/des Informationsflusses zwischen niedergelassenen ÄrztInnen
- Verbesserung der Kooperation/des Informationsflusses zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und Spitälern/Ambulanzen

- Verbesserung der Kooperation/des Informationsflusses mit ambulanten Pflegediensten
- Ausbau und Nutzung elektronischer Dokumentation (ELGA)
- Implementierung elektronischer Kommunikationsmöglichkeiten/gemeinsamer Patientendokumentation
- Verstärkte Schulungsangebote für ÄrztInnen und andere Berufsgruppen
- Verstärkte Einbindung von ÄrztInnen in DMP
- Sichtbarmachen von Angeboten zur Gesundheitsförderung in der Region
- verstärkte Angebote in Bildungseinrichtungen (Ernährung, Bewegung, Risikovermeidung)
- Verstärkte Einbindung von Angehörigen (Ansprechpartner kennen)
- Sonstiges:

7) Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Diabetes werden in ihrer Region bereits umgesetzt und welche Angebote gibt es? (Mehrfachantworten)

- vernetztes Arbeiten (Vernetzung zwischen Allgemeinmedizinern und fachärztlichem Bereich, mit nicht ärztlichen Berufsgruppen, mit lokalen Initiativen etc.)
- Informationsangebote (z. B. Schulungen, Broschüren etc.)
- Therapie aktiv umgesetzt
- Initiativen bzgl. gesundem Lebensstil (z.B. Bewegungsangebote, gesunde Ernährung, ...)
- keine
- Sonstige:

8) Zusammengefasst, wie schätzen sie die Versorgung von DiabetikerInnen in Ihrer Region auf Basis der präsentierten Daten und der heutigen Diskussion ein? (1 Antwort)

- sehr gut, es gibt kaum Verbesserungspotential
- gut, aber es gibt Verbesserungspotenzial
- mangelhaft, es gibt hohes Verbesserungspotenzial
- schlecht, es sind umfangreiche Verbesserungen notwendig

8a) Diese Einschätzung durch die QZ-TeilnehmerInnen erfolgte (1 Antwort):

<input type="checkbox"/> einheitlich <input type="checkbox"/> mit überwiegender Mehrheit <input type="checkbox"/> kein konsensuales Ergebnis
--

Ergänzende Ausführung zu regionalen Gegebenheiten:

Auf Basis der gefundenen Optimierungsmöglichkeiten wurden in der Diskussion folgende konkrete Lösungsvorschläge gemeinsam erarbeitet:

Lösungsvorschläge/Verbesserungsmöglichkeiten	verantwortlich	bis wann

Anmerkungen des Moderators/der Moderatorin: