



Versorgungsforschung im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Arbeiten der Abteilung EWG 2016–2017

Teil 1

Die Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG) beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität). Um herauszufinden, wie es überhaupt um die Qualität bestellt ist, bedarf es der Versorgungsforschung. Das Aufgabenspektrum der Abteilung EWG richtet sich dabei vor allem an den Vorhaben der Zielsteuerung-Gesundheit (z. B. nach dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag) und der Balanced Scorecard der Sozialversicherung aus. Im Rahmen dieser Vorhaben wurden in den vergangenen Jahren Themen zu Epidemiologie und regionaler Versorgung, Planung und Steuerung der (ärztlichen) Versorgung, zu Qualität, Versorgungsforschung, allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Versorgung sowie Anreizsystemen zu behandeln.

Die Arbeiten der Abteilung EWG werden in Form von Berichten nach wissenschaftlichen Methoden erstellt und – so vorhanden – mit Daten unterlegt. Die Berichte stehen allen Beteiligten und Interessierten im Gesundheitswesen auf unserer Webseite zur Verfügung (www.hauptverband.at/EWG) und dienen als Wissens- und Entscheidungsunterstützung für die Themen der Zielsteuerung und ganz grundsätzlich für evidenzinformierte Entscheidungen im österreichischen Gesundheitswesen.

Einige der Arbeiten werden intern erstellt, andere werden an unsere Kooperationspartner (Universitäten, Institut für Höhere Studien etc.) vergeben. Dieser Artikel liefert eine kurze Übersicht über die Arbeiten aus den Jahren 2016 und 2017.

Wie krank ist Österreich? Online-Epidemiologie-Atlas

Für die Planung im Gesundheitswesen ist es notwendig, die Krankheitslast in der Bevölkerung zu kennen. Um Informationen zur epidemiologischen Situation zu gewinnen, werden verstärkt routinemäßig erfasste Gesundheitsdaten genutzt.

Mit dem Epidemiologie-Atlas bieten wir eine Darstellung der Ergebnisse in interaktiven Karten und Grafiken, die in allgemein verständlicher Weise für die interessierte Öffentlichkeit visualisiert werden.

Dieser Epidemiologie-Atlas wird laufend erweitert:



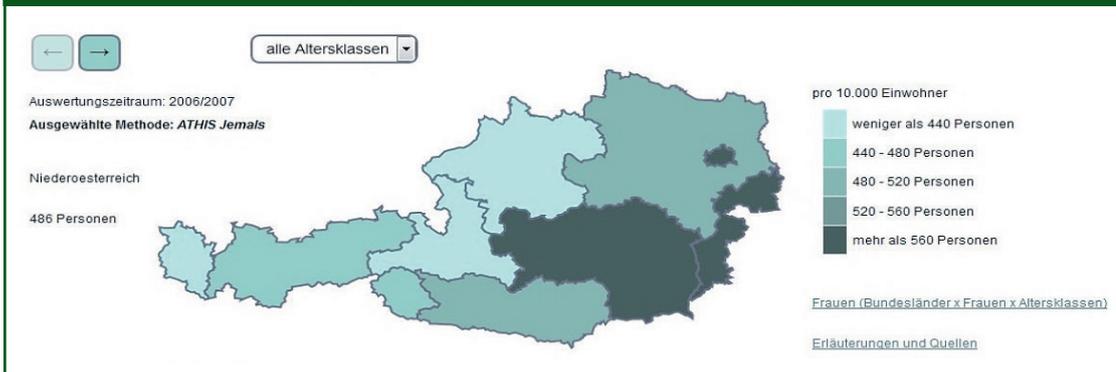
Mag. Ingrid Wilbacher PhD ist stv. Leiterin der Abteilung für „Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung“ (EWG) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Definition des Begriffs Versorgungsforschung der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):

“Health services research is a multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organizational structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately, our health and well-being.”*

* <https://www.ahrq.gov/funding/training-grants/hsrguide/hsrguide.html>, abgerufen am 2.1.2018.

Abbildung 1: Auszug aus dem Online-Epidemiologie-Atlas



Österreich hat jetzt einen Epidemiologieatlas.

Wir haben ein Framework geschaffen, in das neue Daten rasch, reproduzierbar und effizient eingearbeitet werden können.

In einem ersten Schritt werden mit verschiedenen Methoden durchgeführte Prävalenzschätzungen aus Routinedaten am Beispiel Diabetes mellitus präsentiert, wobei die Ergebnisse in unterschiedlicher Granularität dargestellt werden. Ziel ist, die unterschiedlichen Verfahren zu testen.

In Zukunft sollen so vergleichbare Informationen zur Verfügung – und zur Diskussion – gestellt werden. Ziel ist dabei, möglichst konkrete Aussagen zur Frage „Wie krank ist Österreich?“ zu entwickeln oder wissenschaftlich zu begründen, warum sich die Ergebnisse unterscheiden.¹

Planung und Steuerung

Visiten in der Allgemeinmedizin

Die Häufigkeit, in der Visiten erbracht werden, unterscheidet sich stark zwischen den einzelnen Vertragspartnern der Gebietskrankenkassen. Der Bericht gibt einen Überblick über das Leistungsgeschehen im niedergelassenen Bereich, im Speziellen der Allgemeinmedizin. Die Auswertungen umfassen den Anteil der visitenabrechnenden Vertragspartner in der Allgemeinmedizin, die Verteilung der Leistungserbringung sowie die durchschnittliche Visitenanzahl pro Vertragspartner.

Im Jahr 2015 haben insgesamt 5.138 Vertragspartner der Gebietskrankenkassen zumindest eine Tagesvisite abgerechnet. Der Großteil dieser Vertragspartner (81,2 Prozent) gehörte dem Fachgebiet Allgemeinmedizin an. Die restlichen Vertragspartner (18,8 Prozent) waren allgemeine Fachärztinnen und Fachärzte. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Leistungserbringung der Vertragspartner der Allgemeinmedizin, die im Jahr 2015 zumindest eine Tagesvisite erbracht haben, über alle Gebietskrankenkassen. Etwa die Hälfte aller abgerechneten Tagesvisiten im Jahr 2015 konnte 20 Prozent der Vertragspartner zugerechnet werden. Insgesamt haben ca. 50 Prozent der Vertragspartner 80 Prozent aller abgerechneten Visiten erbracht.²

Vertragsärzte in Österreich: Bestandsaufnahme und Analyse

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung erhebt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger regelmäßig Daten über die Anzahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Österreich, um so ihre zeitli-

Abbildung 2: Vertragspartner mit Tagesvisiten im Jahr 2015, geordnet nach Fachgruppen

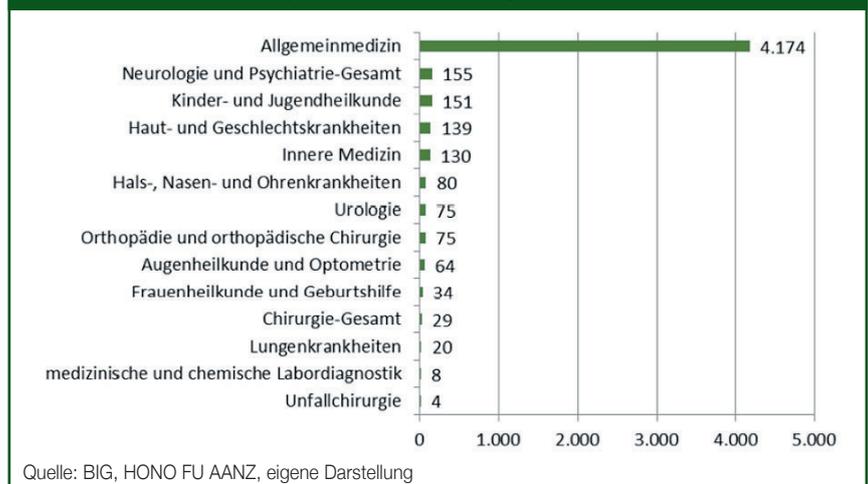
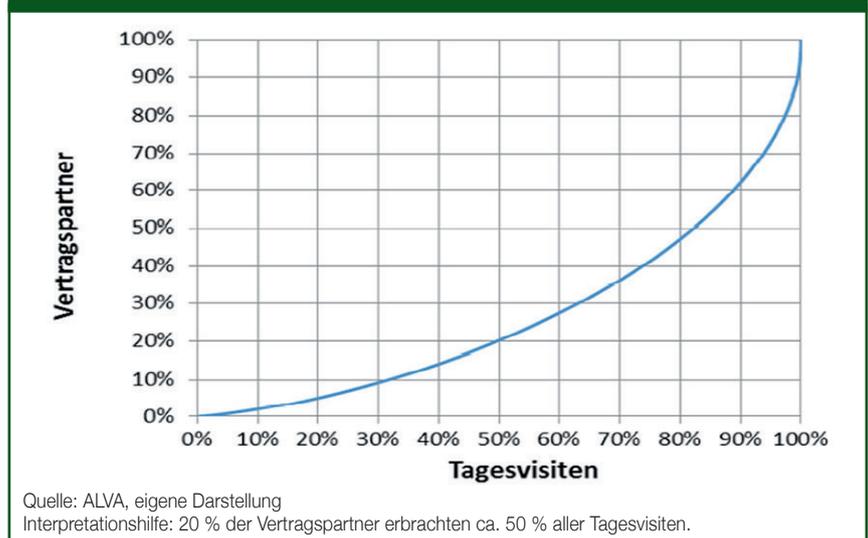


Abbildung 3: Verteilung der Leistungserbringung Tagesvisite 2015



Die Ärztedichte in Österreich ist im internationalen Vergleich hoch.

Abbildung 4: Allgemeine Fachärztinnen und Fachärzte; Pendlerbereinigte Ärztedichte der § 2-Vertragsärztinnen und -ärzte pro 100.000 Einwohner/-innen, Stichtag: 31.12.2014



che Entwicklung wiederzugeben sowie die ambulante vertragsärztliche Versorgung bundesweit darstellen und analysieren zu können.

Der Bericht beschäftigt sich mit der Anzahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Österreich, wobei größtenteils auf jene mit einem § 2-Kassenvertrag (d. h. Ärztinnen und Ärzte mit einem Vertrag mit einer Gebietskrankenkasse und den weiteren in § 2 (Geltungsbereich) des genannten Vertrags angeführten Krankenversicherungsträgern wie etwa der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und den Betriebskrankenkassen) eingegangen wird. Im Zuge dessen wird eine retrospektive Datenanalyse sowie eine Literaturrecherche durchgeführt, um nicht nur eine Bestandsaufnahme der sogenannten § 2-Ärztinnen und -Ärzte zu liefern, sondern auch eine Analyse bezogen auf die Dichte, die regionale Verteilung, das Alter sowie das Geschlecht der § 2-Vertragsärztinnen und -Vertragsärzte vorlegen zu können.

Ende des Jahres 2014 gab es in Österreich 7.208 § 2-Ärztinnen und -Ärzte in der Humanmedizin, die mehrheitlich männlich und zwischen 50 und 64 Jahre alt waren, wobei dies sowohl für die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte als auch für das Fachgebiet Allgemeinmedizin als auch für die allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte gilt. Dies ist insofern problematisch, als in zehn bis 15 Jahren ein sehr großer Teil der österreichischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Pension gehen wird, wodurch in den kommenden Jahren koordinierte Maßnahmen notwendig sein werden, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Abgesehen davon weist Österreich – auch im internationalen Vergleich – eine sehr hohe Ärztedichte auf und zeichnet sich durch eine gute Gesundheitsversorgung aus, die auch bis in die ländlichen Gebiete reicht. Verändern wird sich in

der Zukunft vor allem die Geschlechteraufteilung der österreichischen Ärzteschaft, die im niedergelassenen Bereich sehr männerdominiert ist, und die Verteilung der Praxisformen – zurzeit ist die Einzelpraxis vorherrschend. Die Etablierung von neuen Konzepten wie z. B. dem der Primärversorgung können hierbei jedoch unterstützend wirken.³

Entwicklung der Vertragsärzte in Österreich, 2005–2015 (Update)

Dieser Bericht untersucht die zeitliche Entwicklung der Anzahl an Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und legt damit die Grundlage für die Darstellung und Analyse der ambulanten Versorgung in Österreich. Außerdem wird die Zusammensetzung dieser Ärztinnen und Ärzte nach Fachgruppen, Bundesländern und Vertragsstruktur untersucht.

Zwischen den Jahren 2005 und 2015 kam es in Österreich zu einem leichten Anstieg der Anzahl der sogenannten § 2-Vertragsärztinnen und -Vertragsärzte, wobei Ende 2015 die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und innere Medizin am stärksten vertreten waren. Zu erkennen ist auch, dass die Entwicklung der Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den Bundesländern stark unterschiedlich ist und somit kein grundlegender Trend festgestellt werden kann. Bei der Analyse der Gruppenpraxen stellte sich heraus, dass deren Anzahl in den Jahren von 2011 bis 2015 stark angestiegen ist und dass die meisten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Gruppenpraxen im Bereich der Allgemeinmedizin, der Radiologie und der inneren Medizin zu finden waren. Die Form der Gruppenpraxis wird von den Ärztinnen und Ärzten in Österreich in den letzten Jahren etwas häufiger als Praxisform gewählt.

Führt man eine Betrachtung für die drei relevanten

Gruppen – Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, allgemeine Fachärztinnen und Fachärzte und sonstige Fachärztinnen und Fachärzte – durch, ist zu erkennen, dass der Anteil der Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte leicht abgenommen hat, wohingegen der Anteil der allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte leicht zugenommen hat. Der Anteil der sonstigen Fachärztinnen und Fachärzte ist hingegen relativ konstant geblieben.

Schließlich wird gezeigt, dass sich die geschlechter-spezifischen Anteile von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in den verschiedenen Fachbereichen an der Gesamtzahl der Leistungserbringer je nach Art des Vertragsverhältnisses stark unterscheiden. Diese Betrachtung wird für Fachgruppen und auf Ebene der Bundesländer durchgeführt. Der Anteil der „Vollversorger“, d. h. der Vertragspartner, die Verträge mit allen Krankenversicherungsträgern haben, liegt in Österreich für die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin über dem der allgemeinen Fachärztinnen und Fachärzte.⁴

Nichtärztliche Gesundheitsberufe

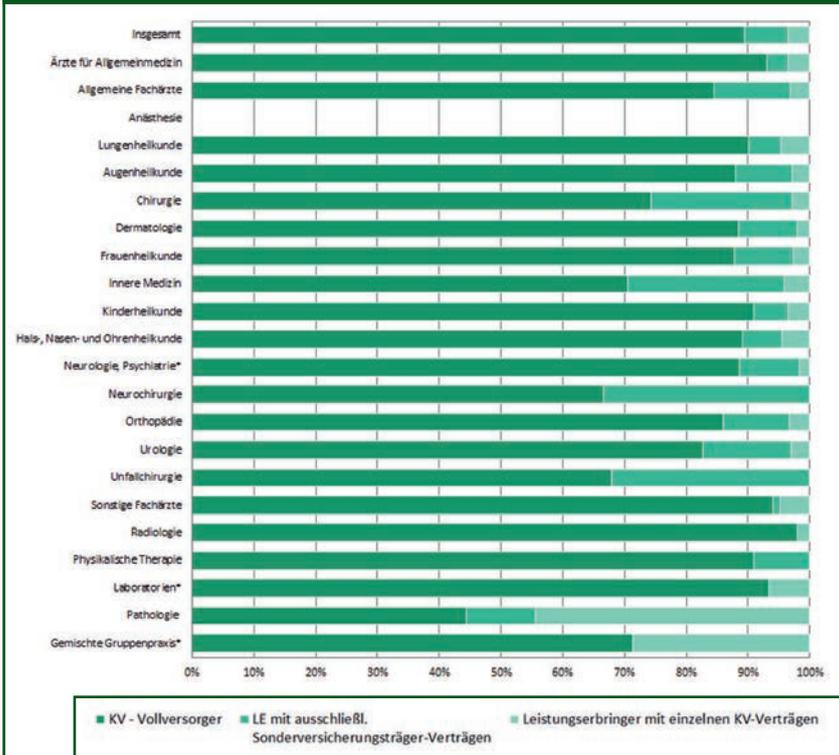
Dieser Bericht wurde im Rahmen der Forschungszusammenarbeit des Hauptverbandes mit dem Institut für Höhere Studien erstellt. Er vergleicht ausgewählte Aspekte der Regulierung und der Planung der Berufe Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Hebammenwesen sowie Gesundheits- und Krankenpflege in den Ländern Deutschland, Finnland, Niederlande und Großbritannien mit jenen in Österreich.

In allen betrachteten Berufen hat sich weitgehend ein Fachhochschulabschluss als Grundqualifikation für die Berufsausbildung etabliert, sodass sich der österreichische Status quo hier gut eingliedert. Allerdings zeigt ein Vergleich der Ausbildungsdauer, dass Österreich mit grundsätzlich dreijähriger Ausbildung am unteren Ende der in den Vergleichsländern etablierten Mindestqualifikationen bei Berufseinstieg liegt.

Eine Kapazitätsplanung hinsichtlich der Workforce wird in allen vier Vergleichsländern regelmäßig für den ärztlichen Bereich durchgeführt. Im nichtärztlichen Bereich erfolgt eine Planung regelmäßig in den beiden Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem, und zwar in Finnland eingebettet in eine Struktur, die alle Berufsfelder und deren Ausbildungswege auf die zukünftigen Erfordernisse abstimmen möchte, und in Großbritannien in ein ähnlich strukturiertes System, das 130 Ausbildungsprogramme für Gesundheitsfachkräfte umfasst. In den beiden anderen Vergleichsländern bestehen punktuell Projekte.

In Österreich wurde bisher noch keine an den zu-

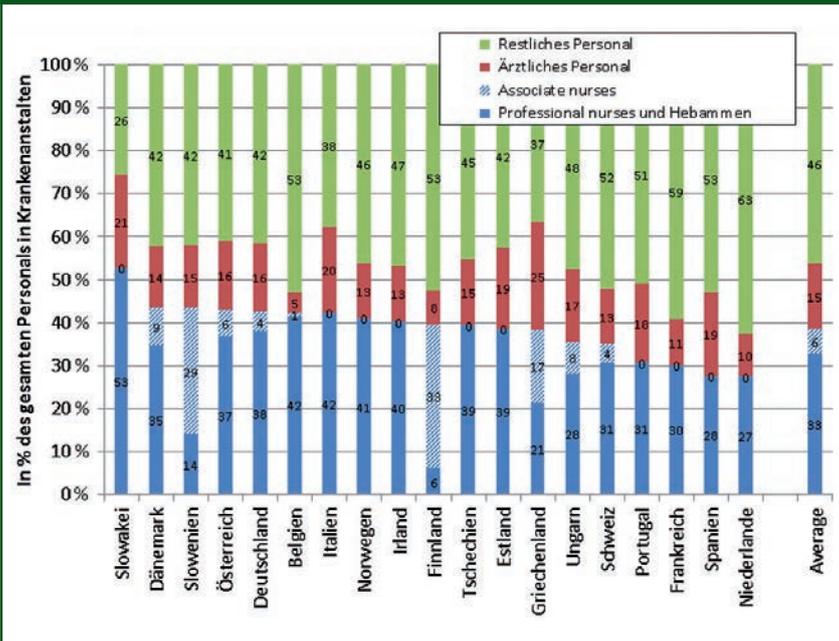
Abbildung 5: Vertragsärztinnen und -ärzte, kategorisiert nach Vertragsverhältnis und Fachgruppe



Quelle: HVB/EWG, eigene Darstellung

künftigen Bedarfslagen für nichtärztliche Gesundheitsberufe ausgerichtete Kapazitätsplanung eingerichtet. Dieser Mangel steht in direktem Zusam-

Abbildung 6: Verteilung ausgewählter Gesundheitsberufe in Krankenanstalten (2013 oder letztverfügbares Jahr)



Anmerkungen: Finnland, Griechenland, Italien, Portugal, Slowenien, Spanien, Belgien, Finnland, Italien: 2012; Griechenland: 2011
Quelle: OECD Health Statistics (2015), IHS (2016)

menhang mit einem Mangel an belastbaren Daten. Eine Registrierungspflicht wäre geeignet, um diese Informationslücke zu schließen. Schließt die Registrierungspflicht, wie bei der bereits bestehenden Lösung für Hebammen, auch eine regelmäßige, von Fortbildung und Berufsausübung abhängige Reregistrierung ein, kann sie darüber hinaus einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung leisten.⁵

Performancemessung

Performancemessung im Gesundheitswesen – Grundlagenbericht*

Performancemesssysteme sind in vielen Gesundheitssystemen bereits lange etabliert. Ziel dieser Messinstrumente ist es, die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Systeme zu beschreiben und als Entscheidungsgrundlage zu dienen. Beginnend mit dem Jahr 2013 wurde in der österreichischen Sozialversicherung erstmals das Thema einer Performancemessung bearbeitet. Der Schwerpunkt lag in der früheren Projektphase auf den sogenannten Outcomes. Diese Vorarbeiten flossen auch in die Arbeiten im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ein. Ziel dieses Berichts ist es, Messsysteme zu identifizieren, die einen Triple-Aim-Ansatz verwenden.

Als Beispiele wurden hier die neuseeländischen, US-amerikanischen und niederländischen Arbeiten herangezogen. In diesen werden simultan in drei Domänen Indikatoren gemessen. Alle Systeme berücksichtigen einen ganzheitlichen Ansatz, in dem die Bevölkerung im Fokus steht und nach Lebenszyklen eingeteilt wird. Die eruierten Ergebnisse sollten auf ihre Praxistauglichkeit und die Möglichkeit, an das Framework zur Outcomemessung (vgl. Abbildung 7) anzuknüpfen, überprüft werden.

Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen – Analyse und Zahlenbericht**

Der Fokus des von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) und dem Hauptverband gemeinsam erstellten Berichts zur Performancemessung der österreichischen Sozialversicherung liegt auf den Outcomes. Basierend auf Literatur und sozialversicherungsinternen Expertisen wurden Indikatoren zur Messung von Outcomes unter Berücksichtigung der definierten Ziele im Gesundheitssystem identifiziert. Konkret wurden 23 übergeordnete und 42 Detailindikatoren empfohlen. Übergeordnete Indikatoren

Performance wird am Ergebnis gemessen.

Abbildung 7: Framework zur Outcomemessung mit ausgewählten übergeordneten Indikatoren

Funktionen des Gesundheitssystems		Gesundheit stärken <i>vermeide pathogene und fördere salutogene Prozesse</i>	Krankheit behandeln <i>vermindere die Folgen pathogener Prozesse</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	Verringerung verfrühter Sterblichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenserwartung bei Geburt • Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (EU-SILG) • Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (ATHIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidbare Sterblichkeit MAHCS vor 75 • Verlorene Lebensjahre PYLL (gemäß OEGD vor 70) • Durch vermeidbare Sterblichkeit (MAHCS) verlorene Lebensjahre (PYLL)
	Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Lebensqualität 	
	Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Beschäftigten, die Ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen (European Working Conditions Survey) • Durchimpfungsrate Influenza bei über 60 jährigen • Durchimpfungsrate Kinder: MuKiPa 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung)
	Zugang und Fairness		<ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch • economic access = out of pocket as a share of final household consumption • Wartezeiten (extramural, ambulant, stationär: OP)
	Förderung der Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Genereller Health Literacy Index (HLS-EU) • Prävention Literacy Index (HLS-EU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Health Care Literacy Index (HLS-EU)
	Erhöhung der Patientensicherheit		<ul style="list-style-type: none"> • Schwere oder tödliche Zwischenfälle • Postoperative Komplikationen (Risiko-adjustiert)
	Hohe Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektiver Gesundheitsstatus der Bevölkerung (ATHIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (SV-Kundenbefragung) • Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung) • Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin extramural) (sektorenübergreifende Patientenbefragung)

Beitel C., Labek A., Dragosits A., Goltz A., Pfeffer N., Scheuringer M.: Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen, Schwerpunkt Outcomes. Wien, 2013 online verfügbar: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.566524&version=1391184725>

* <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.777331&viewmode=content>

** <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.770511&viewmode=content>

messen Outcomes im Gesundheitssystem in aggregierter Form und dienen vor allem dem internationalen Vergleich (z. B. gesunde Lebensjahre). Detailindikatoren messen spezifischere Bereiche des Gesundheitswesens (z. B. Krankheitslast in Form der Mortalität bei bösartigen Neubildungen). Die Messung der Outcomes dient dazu, potenzielle Problemfelder zu identifizieren. Im Zahlenbericht liegen die empfohlenen übergeordneten Indikatoren in berechneter und von den sozialversicherungsinternen Expertinnen und Experten bewerteter Form vor. Bei einigen Indikatoren sind jedoch weitergehende Analysen notwendig.

Versorgungsforschung

Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgung älterer Menschen in Österreich. Bis dato ist wenig bekannt über die Leistungen, die für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erbracht werden, mit Ausnahme der Medikamentenversorgung.

Österreich hatte im Durchschnitt des Jahres 2016 8.739.806 Einwohnerinnen und Einwohner, 18,5 Prozent (1,6 Millionen) davon waren im Alter von 65 Jahren und älter. Im Dezember 2016 waren in Österreich insgesamt 450.967 Personen Pflegegeldbezieherinnen und -bezieher.

Bisher abgeschlossene oder teilweise noch laufende Projekte befassen sich z. B. insbesondere mit den Medikamentenverordnungen im Zusammenhang mit der PIM-Liste (Liste für „potenziell inadäquate Medikamente“ und potenziell inadäquate Kombinationen diverser Medikamente für Ältere).

Ziele

dieser Arbeit war es,

- eine Übersicht über die zusammenwirkenden Aspekte bei der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen zu geben,
- eine Basis zur Qualitätsverbesserung in der Versorgung zu erstellen,
- die Darstellung der Ist-Situation auf quantitativer Basis sowie
- die Darstellung vorhandener Unterschiede zu ermöglichen.

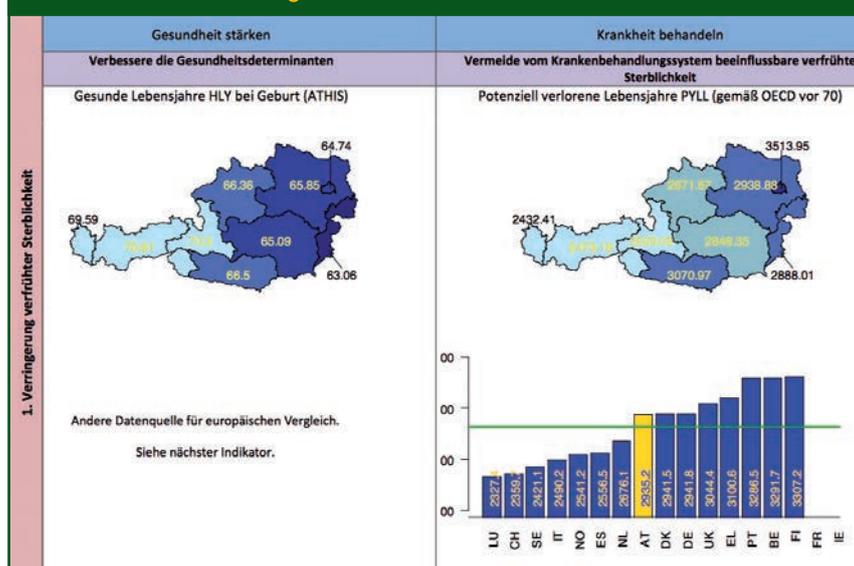
Methodik

Es wurden Abrechnungsdaten von Personen, die im Pflegeheim wohnen, pseudonymisiert und analysiert.

Ergebnisse

Die Struktur der pflegerischen Versorgung ist sowohl nach Betreuungsform (Pflegeplätze, betreutes

Abbildung 8: Health Outcomes in Österreich



Quelle: Update SV-Zahlenbericht 2016, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.638416&version=1488891283>, abgerufen am 2.1.2018

Wohnen etc.) als auch hinsichtlich der Angabe der hausärztlichen Betreuung und der Rahmenbedingungen zur personellen Ausstattung in den Landesgesetzen unterschiedlich.

Der Prozess der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen erfolgt vorwiegend durch Leistungen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (Visiten), Pflegepersonen, Physio- bzw. Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Logopädinnen und Logopäden. Fachärztinnen und Fachärzte sind in deutlich geringerem Ausmaß beteiligt.

Die Aufenthaltsdauer beträgt im Mittel 591 Tage (= 1,6 Jahre), pro Jahr werden bis zu 536 Krankentransporte dokumentiert, das sind im Durchschnitt 8,9 Transporte pro Person im Pflegeheim, im Median fünf. Bei den in Anspruch genommenen Heilbehelfen bzw. Hilfsmitteln machen Produkte zur Grundpflege und Inkontinenzversorgung, Wundverbandsmaterial sowie Mobilitätshilfen (Rollstühle, Rollatoren) den größten Anteil aus.

Die konkreten Herausforderungen für die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sind schwer zu erfassen, eine Aussage zur fachärztlichen Versorgung ist nur begrenzt möglich. Anhand der Abrechnungsdaten ist nur eine Darstellung des Ist-Zustands der Inanspruchnahme möglich, nicht aber eine Erfassung des tatsächlichen Bedarfs. Bei Personen, die in Pflegeheimen leben und 65 Jahre oder älter sind, wird dieser Bedarf durch Multimorbidität und Lebenserwartung geprägt.

Generell werden (für Personen, die im Pflegeheim leben) pro Jahr 10.829.762 Leistungen und 3.842.712 Heilbehelfe bzw. Hilfsmittel (Zählung nach Leistungseinheit), 29.595 Hausbesuche und



© spotmatkphoto - Fotolia.com

245.007 Krankentransporte über die Sozialversicherung abgerechnet. Der Beobachtungszeitraum für die Analyse waren die Jahre 2014 bis 2016.

Patientenmotive für den Besuch einer Spitalsambulanz

Die Motive für den Ambulanzbesuch sind vielfältig, aber nur teilweise erforscht. Die Sozialökonomische Forschungsstelle (SFS) hat sich des Themas im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger angenommen. Ziel war es, anhand von narrativen Interviews mit Ambulanzpatientinnen und -patienten in drei Bundesländern (Wien, Tirol, Vorarlberg) in den Jahren 2016 und 2017 Motive für den Ambulanzbesuch festzustellen sowie Empfehlungen zu finden, wie man den niedergelassenen Bereich für diesen Personenkreis attraktiv(er) machen könnte.

Als Motive für den Ambulanzbesuch werden akute körperliche Beschwerden, die Behandlungskompetenz der Ambulanzen, die besseren diagnostischen Möglichkeiten und Kompetenzen, die relativ kurzen Anwesenheitszeiten der Hausärztinnen und Hausärzte bzw. die langen Öffnungszeiten der Ambulanzen (auch in Tagesrandzeiten) und das „One-Stop-Shop-Prinzip“ genannt. Dieser Begriff bezeichnet die Möglichkeit, verschiedene Anliegen an ein und derselben Stelle einbringen und bearbeiten lassen zu können, d. h., dass sich mehrere Angebote „unter einem Dach befinden“ (auch wenn die Wartezeit in den One-Stop-Shop-Ambulanzen einmal länger ist, wird sie dennoch von den Befragten als kürzer empfunden als die kumulierten Wartezeiten bei verschiedenen Anbietern – Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten, Labor, Röntgen etc. –, bei denen man zusätzlich oft auch noch auf den Behandlungstermin warten muss).

Auch die persönliche Betreuung in der Ambulanz wird als Motiv genannt, aber auch „langjährige Gewohnheiten“. Ein weiteres Motiv ist die Unzufriedenheit mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt oder das Gefühl, dass die empfohlene Therapie nicht

(ausreichend) gewirkt habe. Ein weiteres genanntes Motiv ist eine Überweisung aus dem niedergelassenen Bereich oder eine Wiederbestellung, aber auch die Tatsache, dass die eigentlich benötigte Spezialambulanz im Haus an diesem Tag geschlossen ist, aber Schmerzen aufgetreten sind.

Um den Nutzen, den Ambulanzen den Patientinnen und Patienten bringen, zu erhalten und gleichzeitig die auch von ihnen erkannten Nachteile zu beseitigen, wären aus Sicht der Befragten vor allem folgende Vorteile der Ambulanzen auch im niedergelassenen Bereich zu stärken bzw. zu schaffen: gute Erreichbarkeit, lange Öffnungszeiten (auch an Tagesrandzeiten), hohe Behandlungskompetenz, ausreichende Ausstattung mit Geräten und Etablierung von multiprofessionellen Teams. Im Wesentlichen nachgefragt werden Einrichtungen, die das „One-Stop-Shop-Prinzip“ umsetzen; ebenso wichtig ist den befragten Patientinnen und Patienten auch das Vermeiden langer Wartezeiten auf Behandlungstermine und die Möglichkeit, im Zuge der Behandlung kurzfristig eine notwendige zusätzliche Diagnostik und Therapie ohne Anbieterwechsel, als „aus einer Hand“, durchführen zu können. Gleichzeitig wünschen die Patientinnen und Patienten den persönlichen Kontakt und dass ihre Krankengeschichte sowie ihre Lebensumstände der bzw. dem Behandelnden bereits bekannt sind und daher nicht notwendige Zusatzanamnesen vermieden werden können. Dieses Angebot könnte vor allem von Primärversorgungszentren erbracht werden.⁶

Patientenerwartungen an die fachärztliche Versorgung

In dieser qualitativen Studie wurden zwischen November 2016 und Jänner 2017 30 episodische Interviews mit in Innsbruck und im Burgenland wohnhaften Personen durchgeführt. Die ausgewählten Personen hatten in den letzten zwölf Monaten mindestens einen Facharztkontakt.

Fachärztinnen und Fachärzte haben für die Befragten einen hohen Stellenwert. Fachärzte für Gynäkologie, Urologie und innere Medizin sowie Zahnmediziner werden regelmäßig aufgesucht. Ein Wechsel dieser Fachärztinnen und Fachärzte wird nach Möglichkeit vermieden. HNO-Ärzte und Orthopäden werden, sofern keine Grunderkrankung vorliegt, meist nur in akuten Fällen aufgesucht. Kontaktiert und aufgesucht werden Fachärztinnen und Fachärzte häufig selbständig und nicht aufgrund einer Überweisung.

In Hinsicht auf ihre Erwartungen an die Fachärztinnen und Fachärzte unterscheiden sich die Befragten nach Altersgruppenzugehörigkeit. Der jüngsten Altersgruppe (18 bis 34 Jahre) ist an erster Stelle die Fachkompetenz wichtig; andere Aspekte sind deut-

Motive für den Ambulanzbesuch sind akute Beschwerden, Öffnungszeiten und eine Mixtur an Kompetenzen.

lich nachrangig. Der mittleren Altersgruppe (35 bis 64 Jahre) ist es besonders wichtig, dass die Fachärzte den Patientinnen und Patienten viel Aufmerksamkeit entgegenbringen. Die Angehörigen dieser Altersgruppe wünschen sich, dass die Fachärztinnen und Fachärzte auf sie eingehen, ihnen zuhören und von ihnen ernstgenommen werden. Bei den Befragten der ältesten Gruppe (ab 65 Jahren) lassen sich ähnliche Erwartungen feststellen. Sie wünschen sich, dass die Ärztinnen und Ärzte sich für sie Zeit nehmen, und Sympathie spielt ebenso eine Rolle.

Werden die beiden Befragungsorte verglichen, dann zeigt sich, dass in Innsbruck die Ausstattung der Ordinationsräume häufiger als Auswahlkriterium thematisiert wird als im Burgenland.

Informiert zu sein ist für die Patientinnen und Patienten wichtig. Sie wollen für ihre Beschwerden eine Diagnose und nicht nur ein Medikament verschrieben bekommen. Und sie wünschen sich mehr Information zu Wartezeiten für einen Termin und in der Ordination. Transparentere Wartezeiten, so die Aussagen, würden die Akzeptanz von Wartezeiten erhöhen.

Ein weiterer Aspekt, der den Befragten wichtig erscheint, ist der Datenschutz. Sie wünschen sich einen sorgsam Umgang mit ihren Daten. Andere Patientinnen und Patienten sollten durch entsprechende Sichteinschränkungen daran gehindert werden, Informationen zu erhalten.⁷

Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit hinsichtlich der Versorgungsaufträge

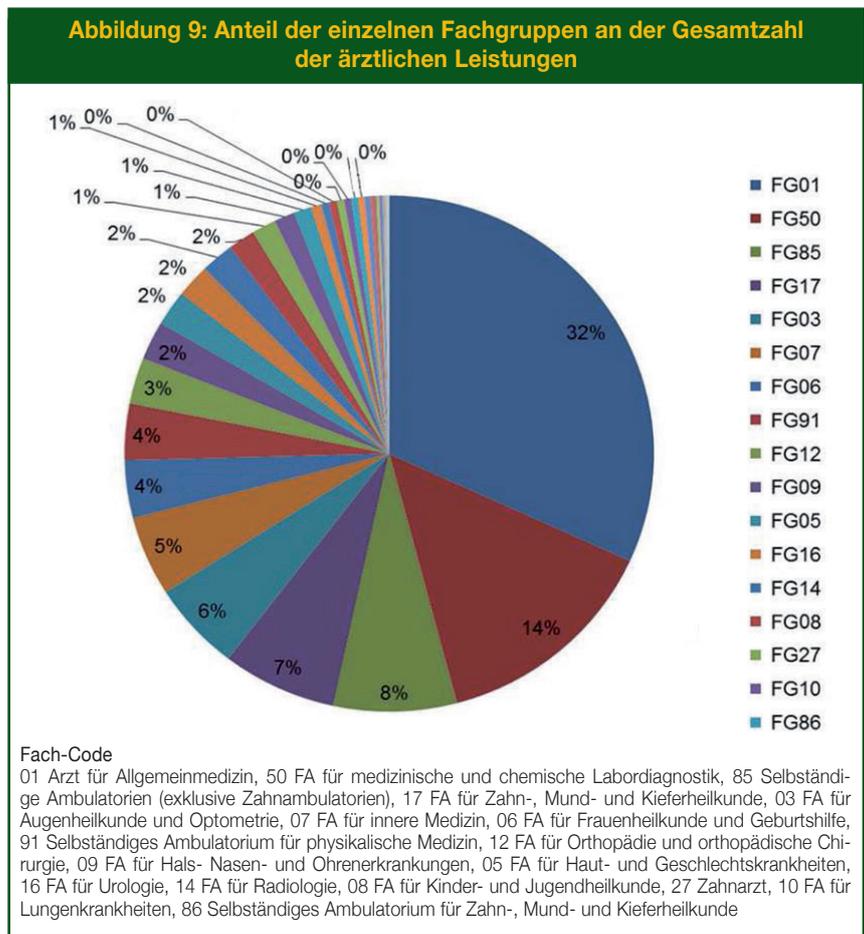
In diesem Projekt wurden die Leistungsdichte und die Versorgungswirksamkeit im Zusammenhang mit den im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017“ festgelegten Grundlagen für die Versorgungsaufträge im niedergelassenen Bereich untersucht. Als Grundlage für diese Ist-Stand-Analyse der Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit dienen die Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung. Es handelt sich dabei um die zuletzt verfügbaren KAL-Daten (Katalog ambulanter Leistungen) des Kalenderjahres 2014, wobei die Darstellung der Leistungen ausschließlich „zielbezogen“ erfolgt, d. h. bezogen auf den Standort des Leistungserbringers. Für die Beschreibung des Leistungsspektrums im ambulanten Bereich wurde die aktuellste Version der Leistungsmatrix-ambulant (LM-amb) der Versorgungsaufträge herangezogen.*

In den Abrechnungsdaten der österreichischen Sozi-

alversicherung finden sich insgesamt 464 verschiedene Leistungs-Codes. Über alle Fachgruppen (FG) hinweg wurden im Jahr 2014 316.879.844 Leistungen abgerechnet. Insgesamt konnten 46 verschiedene Fachbereiche den jeweiligen KAL-Codes zugeordnet werden. Der KAL-Code ZZ510 („Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeit“) wurde rund 75,5 Millionen Mal und damit am häufigsten abgerechnet. Insgesamt sind die häufigsten 20 KAL-Codes für rund 65 Prozent der Leistungen verantwortlich. 248.287.315 Leistungen, das sind rund 78 Prozent, kommen aus dem Anatomiebereich „Z“ („Topographische Regionen, ohne Lokalisation“). Differenziert nach Fachgruppe rangiert der Arzt für Allgemeinmedizin mit über 100 Millionen abgerechneten Leistungen und rund 32 Prozent an oberster Stelle.

Bei rund der Hälfte aller Leistungen aus den Top 20 im Bereich der Allgemeinmedizin handelt es sich um Laborpositionen. Die LM-amb für Allgemeinmedizin umfasst insgesamt 73 KAL-Codes, wobei für 26 Leistungen im Jahr 2014 keine Frequenzen aufscheinen. Folgende Gründe konnten für die fehlenden Frequenzen ermittelt werden:

Derzeit werden alljährlich über 300 Millionen Leistungen abgerechnet.



* Siehe dazu https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Oesterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_OeSG_2017, abgerufen am 2.1.2017.

Die neue Primärversorgung wird sich auch neuen Qualitätsanforderungen orientieren.

- Adaption von Leistungen seit dem Auswertungszeitraum und Vergabe neuer KAL-Codes
- Aufnahme gänzlich neuer Leistungen in den Leistungskatalog,
- fehlende Überleitung für einzelne Leistungen von der Metahonorarordnung zu KAL-Codes
- keine oder eingeschränkte Leistungszuständigkeit der Sozialversicherung für bestimmte Positionen
- andere Gründe, weswegen keine Abrechnung mit der Sozialversicherung stattfand.

Insgesamt konnten 4.121 „versorgungswirksame“ Allgemeinmediziner für detaillierte und regionale Analysen identifiziert werden. Die „versorgungswirksamen“ Abrechnungsstellen erbringen (ohne Grund- und Laborleistungen) zwischen einer und 52 unterschiedliche KAL-Positionen.⁸

Pre-emptive Pharmacogenomic Testing and Decision Support

Präventives pharmakogenetisches Testen (PGx) kombiniert mit klinischer Entscheidungsunterstützung ist eine vielversprechende neue Strategie für eine sicherere und wirksamere Medikamentenversorgung. Um die Zahl der Patientinnen und Patienten abzuschätzen, die mit diesem Ansatz geführt werden können, wurden österreichische Abrechnungsdaten aus den Jahren 2006 und 2007 anhand ihrer Verschreibungen nach pharmakogenomischen Guidelines (PGx-Medikamente) analysiert. Eine Kohorte von 6.761.034 Patientinnen und Patienten wurde in vier Altersgruppen unterteilt. Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe ab 65 Jahren erhielten die meisten Verordnungen für PGx-Medikamente mit 72 Prozent aller Personen mit mindestens einem PGx-Medikament. 39,1 Prozent aller Personen ab 65 Jahre erhielten zumindest ein Medikament, das von einem der drei häufigsten Cytochrom-P450-Enzyme metabolisiert wird. Unsere Daten zeigen, dass vor allem die Personen ab 65 Jahren von einer präventiven pharmakogenetischen Testung und Entscheidungsfindung profitieren könnten.

Dieser Bericht wurde in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien erstellt und in einem Peer-reviewed Journal publiziert.⁹

Primärversorgung

Entwicklung eines Patienten-, Team- und Facharztfragebogens zur Erhebung von Qualitätsindikatoren für österreichische Primärversorgungseinrichtungen

Die neue Primärversorgung soll die erste Versorgungsebene im österreichischen Gesundheitswesen stärken und sich deshalb an bestimmten Qualitätsanforderungen orientieren. Darüber hinaus verstehen sich Primärversorgungseinrichtungen als

lernende Organisationen, in denen ständige Weiterentwicklung der Organisation und lebenslanges Lernen der einzelnen Teammitglieder Teil der Arbeitskultur sind.

Das Ziel des Projekts war die Entwicklung von validen Fragebögen zur Erhebung von Qualitätsindikatoren für Primary-Health-Care-Einrichtungen. Mit den entwickelten Fragebögen werden drei Zielgruppen befragt:

- Patientinnen und Patienten,
- Teammitglieder einer Primärversorgungseinrichtung
- Kooperationspartner einer Primärversorgungseinrichtung (= Fachärztinnen und Fachärzte).

Methodisch wurde im Rahmen einer Literaturrecherche nach vorhandenen Fragebögen oder anderen Erhebungsinstrumenten gesucht, die entsprechende Qualitätsindikatoren abfragen. Sofern es möglich war, wurde die Abfrage der Qualitätsindikatoren mit bereits existierenden Fragen aus diesen Fragebögen abgedeckt. Englischsprachige Items wurden entsprechend den „International Test Commission Guidelines“ übersetzt. Für die Abfrage der Qualitätsindikatoren, für die keine Items aus bereits existierenden Fragebögen identifiziert werden konnten, wurden im Rahmen von Workshops neue Items entwickelt.

Nach der Zusammenstellung des vorläufigen Patienten-, Team- und Facharztfragebogens (Version 1.0) wurden diese den Personen aus der Zielgruppe vorgelegt und Pretests mittels qualitativer Interviews vorgenommen. Pretests wurden mit elf Patientinnen und Patienten, zwölf Teammitgliedern einer Primärversorgungseinrichtung und sechs Fachärztinnen und Fachärzten geführt. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltlich ausgewertet. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden die Fragebögen adaptiert (Version 1.1).

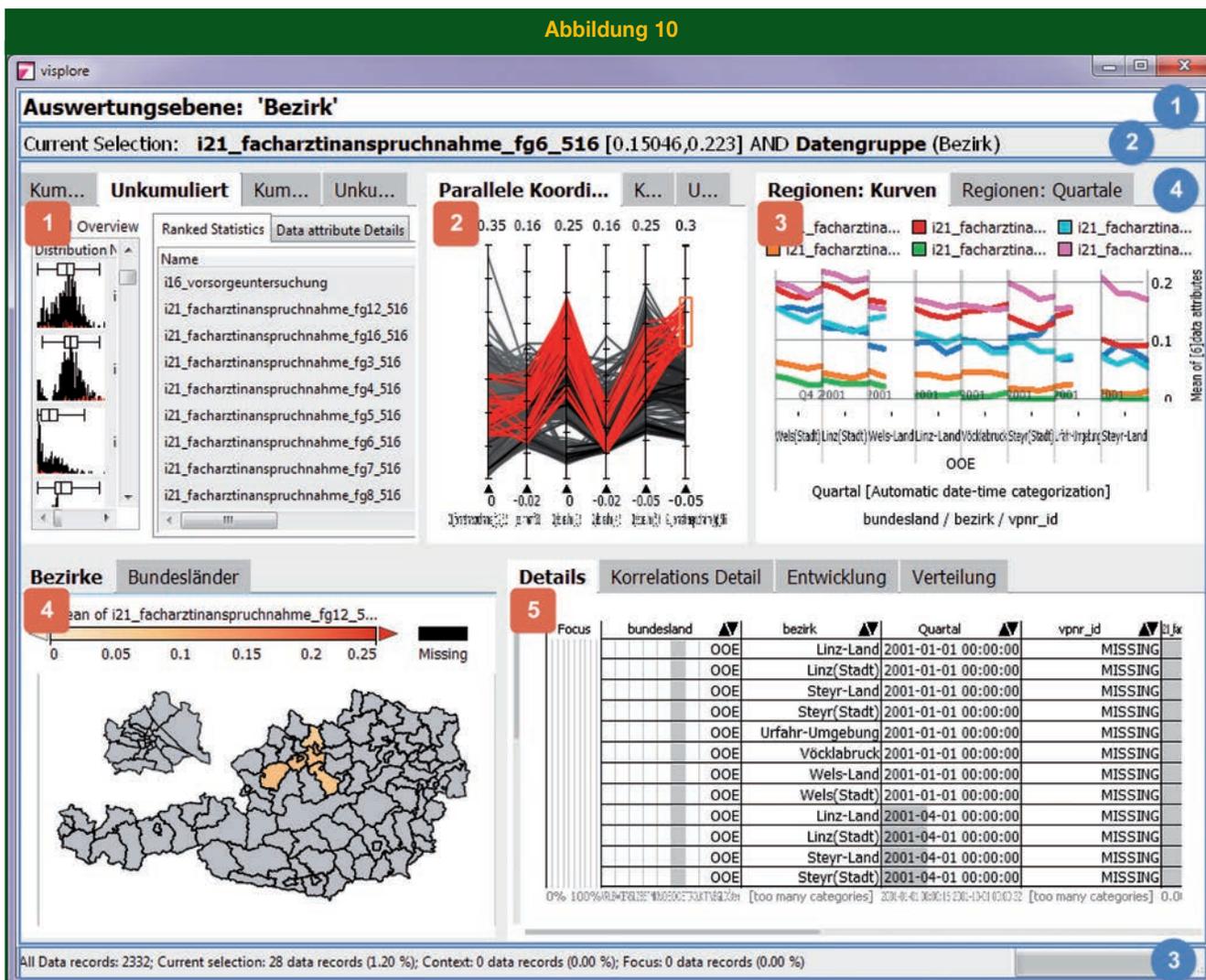
Die Ergebnisse der Pretests wurden verwendet, um die Fragebögen zu verbessern. Nun liegen ein Patienten-, ein Team- und ein Facharztfragebogen vor, die für eine Evaluation von (österreichischen) Primärversorgungseinrichtungen eingesetzt werden können. In nachfolgenden Projekten sollte eine Vorlage zur standardisierten Auswertung erstellt werden sowie eine Reliabilitätstestung der entwickelten Fragebögen erfolgen.

Dieser Bericht entstand im Rahmen der Forschungs Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz.¹⁰

Monitoring Primärversorgung

Am 30. Juni 2014 wurde in der Bundes-Zielsteuerungskommission das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich „Das Team rund um den Hausarzt“ beschlossen. Von großer Bedeutung bei der Umset-

Abbildung 10



zung neuer Versorgungsformen sind die begleitende Erforschung und Evaluierung bzw. das Monitoring der Wirksamkeit von neuen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen. Dieser Bericht, der im Rahmen der Projektkooperation mit dexhapp erstellt wurde, beschäftigt sich daher mit Methoden für ein Monitoring-System der Primärversorgung in Österreich.

Der Bericht stellt eine theoretische Vorarbeit für eine operative Umsetzung dar und umfasst neben der Definition von Monitoring-Indikatoren auch die Identifikation von Datenproblemen, die intensive Diskussion und Beschäftigung zu bzw. mit einzelnen Indikatoren sowie die testhafte Berechnung und anschließende Visualisierung ausgewählter Indikatoren, woraus wichtige Erkenntnisse gewonnen werden konnten.

Aufgrund der Ergebnisse, der Visualisierungen und der umfassenden und interdisziplinären Behandlung der Thematik kann dieser Bericht eine Basis für eine potenzielle operative Umsetzung eines Monitorings der Primärversorgung liefern bzw. die Diskussion dahingehend in Schwung bringen.¹¹

Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis

Der Umfang der von Pflegekräften übernommenen Tätigkeiten in der Primärversorgung ist international groß – von einfachen Leistungen bis hin zu umfassendem Management inklusive Diagnostik, Therapie, Patientenschulungen und Beratungen. In vielen Fällen ist eine Supervision durch den Arzt oder eine Rücksprache mit diesem vorgesehen oder möglich. Häufig werden auch Checklisten, Leitlinienempfehlungen oder spezielle Protokolle als Grundlage der Betreuung vorgegeben. Eine entsprechende Nutzung solcher Instrumente zur Qualitätssicherung (z. B. in Form von Standard Operating Procedures, SOPs) kann auch für Österreich nützlich sein. Jedoch sind spezifische Ausbildungsprogramme nötig, um einen Kompetenzlevel für die Pflegekräfte zu ermöglichen, der den internationalen Standards bzw. den in den Studien vorliegenden Kompetenzen entspricht.

Da in Österreich mit der geplanten kooperativen Versorgung von Patientinnen und Patienten Pflege-

In anderen Ländern übernehmen Pflegekräfte umfangreiche Tätigkeiten in der Primärversorgung.

Pflegekräfte haben bei ihrer Tätigkeit mehr Kompetenzen als die den Arzt unterstützenden Helfer.

fachkräfte nicht Arzt-ersetzend tätig sein werden, bietet der Einsatz von Pflegekräften vor allem die Möglichkeit, das Leistungsspektrum in Arztpraxen zu erweitern. Das kann insbesondere dann gelingen, wenn Pflegekräfte nicht nur Arzt-unterstützend (im Sinne von medizinisch-diagnostisch, medizinisch-therapeutisch) tätig werden, sondern ihre Expertise in pflegerischen Kernkompetenzen (z. B. Förderung des Selbstmanagements) einbringen können.

Eine Präzisierung mancher im Primärversorgungsauftrag genannten Leistungen (z. B. psychiatrische Testung, Behandlung bei psychosomatischen Be-

schwerden, nichtärztliches Gespräch) wäre wünschenswert. Darüber hinaus werden international einige Leistungen von Pflegefachkräften erbracht (z. B. geriatrisches Assessment, Assessment von Risikofaktoren, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, Koordination von Untersuchungen, diverse Beratungsangebote, Gesundheitsförderung), die über die im Primärversorgungsauftrag genannten hinausgehen.

Dieser Bericht wurde von der Medizinischen Universität Graz in Forschungszusammenarbeit mit dem Hauptverband erstellt.¹²

Artikel in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“

Die Zusammenfassung der EWG-Tätigkeiten aus dem Jahr 2015 wurde im April 2016 als Artikel mit dem Titel „Gesundheitsversorgung in Österreich – Studienergebnisse und Kurzinformationen aus 2015“ publiziert.¹³

Im Jänner 2017 wurde ein Artikel zum Qualitätsmanagement im österreichischen Gesundheitssystem publiziert.¹⁴

Im Mai 2017 publizierten Tim Teichert MA und Sophie Föbleitner BSc den ersten Teil des Artikels zum Thema Vertragsärzte und Vertragsärztinnen in Österreich – Teil 1.¹⁵ Der zweite Teil folgte im Juni 2017.¹⁶

Publikationen in internationalen wissenschaftlichen Journalen

Schiller-Frühwirth, I. C., Jahn, B., Arvandi, M., Siebert, U.: Cost-Effectiveness Models in Breast Cancer Screening in the General Population: A Systematic Review. Appl Health Econ Health Policy, 2017 Feb 10. DOI: 10.1007/s40258-017-0312-3 [epub ahead of print].

Vorträge auf Kongressen¹⁷

Folgende Themen wurden auf Konferenzen präsentiert:

Pränatales Screening in Österreich: Combined Test versus zellfreier DNA-Test, Austrian Health Economics Association (ATHEA) in Wien, November 2017.

The Austrian and the Hungarian healthcare systems from an efficiency point of view, Austrian Health Economics Association (ATHEA) in Wien, November 2017.

Strong political commitment for primary care in Austria, European Forum for Primary Care (EFPC) in Porto, Oktober 2017.

Ist-Analyse der Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit medizinischer Leistungen im niedergelassenen Bereich in Österreich, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DNVF) in Berlin, Oktober 2017.

Behandlungsintensive Populationen in Österreich, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DNVF) in Berlin, Oktober 2017.

Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich mit besonderem Fokus auf Kinder, Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) in Eisenstadt, Mai 2017.

Kosteneffektivität von organisiertem versus opportunistischem Brustkrebs-Screening in Österreich, Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH) in Eisenstadt, Mai 2017.

Saisonale Schwankungen von Antibiotikaverordnungen in Österreich, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) in Wien, Oktober 2016.

The “Austrian Patient” 2.0 – The latest primary care developments in Austria, European Forum for Primary Care (EFPC) in Riga, September 2016.

Fußnoten

- 1 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.783877&portal:componentId=gtn328b80ac-5caf-456c-b630-de0eacf47ed9&viewmode=content>
- 2 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.785776&viewmode=content>
- 3 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.778305&viewmode=content>
- 4 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.785339&viewmode=content>
- 5 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.768770&viewmode=content>
- 6 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.785313&viewmode=content>
- 7 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.782441&viewmode=content>
- 8 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.779673&viewmode=content>
- 9 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.768500&viewmode=content>
- 10 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.778641&viewmode=content>
- 11 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.766050&viewmode=content>
- 12 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.768276&viewmode=content>
- 13 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.767602&viewmode=content>
- 14 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.778179&viewmode=content>
- 15 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.782703&viewmode=content>
- 16 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.782724&viewmode=content>
- 17 <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.693913&portal:componentId=gtn1a5a9fe1-d12b-4f1b-ba4a-a6df0c67c8a1&viewmode=content>

Teil 2 des Artikels folgt in Kürze.