

Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI)

Bericht 2024

zu den A-OQI Qualitätszirkeln

„Arteriosklerotische Erkrankungen“

**Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss
im Juni 2025**

Impressum

Autorinnen und Autoren (alphabetisch gereiht):

Fabiola Fuchs, ÖGK

Eva Gartner, ÖQMED

Wolfgang Geißler, GÖG

Klemens Pokorny, BMASGPK

Martina Santner, GÖG

Andrea Unden, GÖG

Fachliche Begleitung durch die Mitglieder der Projektgruppe A-OQI

Zitiervorschlag:

BMASGPK (2025): Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI). Bericht 2024 zu den A-OQI Qualitätszirkeln „Arteriosklerotische Erkrankungen“. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch SL Dr.ⁱⁿ Reich (BAMSGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum:

Juni 2025

Kurzfassung

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurde festgelegt, dass eine Qualitätsmessung im ambulanten Bereich (niedergelassener und spitalsambulanter Bereich) aufgebaut werden soll. Ein entsprechendes Konzept wurde im April 2016 von der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) abgenommen. Der Auftrag zur Durchführung von ambulanten Qualitätszirkeln ist im Bundes-Zielsteuerungsvertrag innerhalb des strategischen Ziels 2 („Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“) im operativen Ziel 8 („Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen“) verankert.

Das Ziel von A-OQI Qualitätszirkeln ist, tiefergehende Analysen der Ergebnisse anzustellen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen abzuleiten, die auch entsprechend zu dokumentieren sind.

Methodisches Vorgehen

A-OQI Qualitätszirkel laufen in drei Schritten ab: Datenpräsentation, moderierte Diskussion in Hinblick auf Verbesserungspotenziale und Erarbeitung von Vorschlägen für qualitätsoptimierende Maßnahmen. Die Dokumentation erfolgt anhand eines strukturierten Feedbackfragebogens.

2024 wurden 14 A-OQI Qualitätszirkel zum Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“ durchgeführt und jeweils ein Feedbackfragebogen als Gruppenantwort erfasst.

Ausgewählte Ergebnisse der A-OQI Qualitätszirkel 2024

	Die Ergebnisse der A-OQI Qualitätszirkel zeigen, dass die präsentierten Auswertungen für die meisten Teilnehmer:innen zwar gut dargestellt wurden und den Wissensstand bereicherten, jedoch (eher) nicht ausreichend waren, um die regionale Versorgung einzuschätzen. Hinsichtlich der Terminwahrnehmung und der Erreichung von Patientinnen und Patienten wäre es hilfreich, mehr Unterstützung durch elektronische oder telefonische Erinnerungssysteme zu erhalten. Die problemlose Erreichbarkeit verschiedener (benachteiligter) Bevölkerungsgruppen kann im überwiegenden Teil der Versorgungsregionen nicht gewährleistet werden.
	Für bis zu einem Drittel der Versorgungsregionen wird berichtet, dass die Patientinnen und Patienten nicht ausreichend informiert sind (z. B. über die Notwendigkeit der Untersuchungen, Risikofaktoren der Erkrankung). Weiters werden in vielen Bereichen die angebotenen Maßnahmen in der gesamten Versorgungsregion als nicht ausreichend angesehen. Dies gilt z. B. für Informationsveranstaltungen für Angehörige, Angebote in Bildungseinrichtungen hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Risikovermeidung für Kinder und Jugendliche sowie Angebote an Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie/Neurologie und Innere Medizin, Psychologinnen und Psychologen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Bei der Frage zu den Angeboten der spezifischen Krankenhauseinrichtungen wird von mehr als einem Drittel der A-OQI Qualitätszirkel berichtet, dass diese in der jeweiligen Versorgungsregion nicht ausreichend zur Verfügung stehen. In rund der Hälfte der Fragebogen sind zu geringe Angebote an ambulanter Rehabilitation dokumentiert.

	In den A-OQI Qualitätszirkeln werden sowohl nicht ausreichende Initiativen zum vernetzten Arbeiten der Gesundheitsberufe als auch ein Defizit an elektronischen Kommunikationsmöglichkeiten und das Fehlen einer gemeinsamen Patientendokumentation genannt. Verbesserungsbedarf wurde bei rund der Hälfte der A-OQI Qualitätszirkel bei der Kooperation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Spitälern bzw. Ambulanzen sowie bei der Informationsweitergabe zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Reha-Einrichtungen erkannt. Im Fragenblock „Kooperation“ sprechen sich mehr als zwei Drittel der A-OQI Qualitätszirkel für die Einbindung von sonstigen Gesundheitsberufen (Sozialarbeiter:innen, mobile Pflege etc.) als Koordinationsstelle (z. B. zur Terminkoordination oder -erinnerung) aus. Gesamt betrachtet sieht rund ein Drittel der A-OQI Qualitätszirkel in den Versorgungsregionen hohes Verbesserungspotenzial bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Mehr als 90 Prozent sehen insgesamt Verbesserungspotenzial (sei es auch nur punktuell).
---	---

Schlussfolgerung und Ausblick

Die im Rahmen des Ergebnisberichts 2023 erarbeiteten und angeführten Learnings bzw. Optimierungsbedarfe haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die Qualitätszirkel 2024 qualitativ hochwertig durchgeführt werden konnten. Diese Learnings sind dem Bericht 2023 zu entnehmen¹.

Das Thema „qualitativ hochwertige Daten“ muss weiterhin bearbeitet werden, um die Qualität und Nachhaltigkeit der Ergebnisqualität im ambulanten/niedergelassenen Bereich weiter zu erhöhen.

Für das Jahr 2025 wurde in der Projektgruppe A-OQI erneut – wie bereits in den Jahren 2021 und 2022 – Diabetes mellitus Typ 2 als Krankheitsbild ausgewählt. Das Indikatorenset und die Grundpopulation wird wegen neuer Medikamente bzw. Indikationserweiterungen bestehender Medikamente neu definiert und anschließend für die A-OQI Qualitätszirkel aufbereitet werden.

Schlüsselwörter

Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI), arteriosklerotische Erkrankungen, Qualitätszirkel, ambulante Qualitätsmessung

¹ siehe [Ambulante Qualitätszirkel](#) [Zugriff am 08.05.2025]

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen	VI
Tabellen	VIII
Abkürzungen	IX
Glossar	X
1 Historie, Hintergrund	1
1.1 Bezug zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag	1
1.2 Geschäftsordnung der Projektgruppe A-OQI der Bundes-Zielsteuerung-Gesundheit	2
2 Konzepte: Qualitätsmessung und Qualitätszirkel im ambulanten Bereich	3
2.1 Thematische Schwerpunkte	3
2.2 PDCA-Zyklus	4
3 Regionsprofile und Qualitätsindikatoren	6
3.1 Regionsprofile	6
3.2 Grundpopulation	8
3.3 Qualitätsindikatoren	8
3.3.1 Indikator A: Fachärztliche Kontrolle	9
3.3.2 Indikator B: Ausgewählte Laborparameter	9
3.3.3 Indikator C: Medikamentöse Therapie mit Cholesterinsenkern	10
3.3.4 Indikator D: Ergebnisqualität	10
4 A-OQI Qualitätszirkel 2024	13
4.1 Überblick, Ablauf	13
4.1.1 Erfahrungsbericht betreffend die Online-Qualitätszirkel	15
4.1.2 Erläuterung zum Feedbackfragebogen	15
4.2 Ergebnisse aus den A-OQI Qualitätszirkeln	16
4.2.1 Indikatoren/Kennzahlen betreffend alle arteriosklerotischen Erkrankungen	17
4.2.2 Terminwahrnehmung und Erreichung der Patientinnen und Patienten	18
4.2.3 Information	20
4.2.4 Angebote und Maßnahmen für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige	21
4.2.5 Angebote für Ärztinnen und Ärzte	26
4.2.6 Kooperation	27
4.2.7 Gesamtbeurteilung	28
4.3 Verbesserungsvorschläge	29
5 Schlussfolgerung	31
6 Ausblick	33
Quellen	34
Anhang	35
Anhang 1	37
Anhang 2	45
Anhang 3	53

Abbildungen

Abbildung 1:	Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 8	2
Abbildung 2:	Thematische Schwerpunkte.....	3
Abbildung 3:	Adaptierter PDCA-Zyklus A-OQI	4
Abbildung 4:	ÖGK-Vertragsärztinnen und -ärzte, Fachrichtung Allgemeinmedizin; pro 100.000 Einwohner:innen	6
Abbildung 5:	ÖGK-Vertragsärztinnen und -ärzte, Fachrichtung Innere Medizin inkl. Spitals-ambulanzen der Inneren Medizin; pro 100.000 Einwohner:innen	7
Abbildung 6:	ÖGK-Vertragsärztinnen und -ärzte, Fachrichtung Neurologie und Neurologie und Psychiatrie inkl. Spitalsambulanzen der Neurologie; pro 100.000 Einwohner:innen	7
Abbildung 7:	Übersicht, Daten Grundpopulation – Österreich	8
Abbildung 8:	Anteil der ASKL-Patientinnen und -Patienten, von denen die definierten Qualitätsindikatoren erfüllt werden; differenziert nach Indikator und Grundpopulation, Auswertungsjahre 2018–2022.....	11
Abbildung 9:	Anteil der ASKL-Patientinnen und -Patienten, von denen die definierten Indikatoren erfüllt werden; Auswertungsjahre 2018–2022	12
Abbildung 10:	Ablauf A-OQI Qualitätszirkel.....	13
Abbildung 11:	Überblick über die A-OQI Qualitätszirkel inklusive Anzahl der Teilnehmer:innen	14
Abbildung 12:	An den A-OQI Qualitätszirkeln beteiligte Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtung	15
Abbildung 13:	Indikatoren/Kennzahlen betreffend alle arteriosklerotischen Erkrankungen, Fragen 1a bis 1c	17
Abbildung 14:	Angebote, die dazu beitragen würden, dass Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten, Fragen 2a bis 2d.....	18
Abbildung 15:	Problemlose Erreichbarkeit der verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion, Frage 2f	19
Abbildung 16:	Sind Patientinnen und Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen in der Versorgungsregion hinsichtlich folgender Punkte informiert? Frage 3a und 3b	20
Abbildung 17:	Teil 1 , Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Frage 4a bis 4j	22
Abbildung 18:	Teil 2 , Angebot an zusätzlichen Gesundheitsberufen und Leistungen, Frage 4k bis 4n	23

Abbildung 19: Teil 3 , Angebot an notwendigen Fachärztinnen und Fachärzten in der Versorgungsregion, Frage 4o	24
Abbildung 20: Teil 3 , Angebot an spezifischen Krankenhauseinrichtungen in der Versorgungsregion, Frage 4p	24
Abbildung 21: Teil 4 , Reha-Angebote in der Versorgungsregion, Frage 4q und 4r	25
Abbildung 22: Angebote für Ärztinnen und Ärzte, Frage 5a bis 5d	26
Abbildung 23: Kooperation bzw. keine Probleme bei der Informationsweitergabe, Frage 6a bis 6d	27
Abbildung 24: Einbindung von sonstigen Gesundheitsberufen, Frage 6e	28
Abbildung 25: Gesamtbeurteilung, Frage 7a	28

Tabellen

Tabelle 1: Frage 1d: Welche zusätzlichen Auswertungen betreffend arteriosklerotische Erkrankungen würden die Teilnehmer:innen benötigen?	55
Tabelle 2: Frage 2e: Würden nachfolgende Angebote dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten? – andere Angebote.....	56
Tabelle 3: Frage 4p: Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige angeboten? – Angebot an spezifischen Krankenhauseinrichtungen; wenn ja, welche?	56
Tabelle 4: Frage 4s: Andere Angebote/Maßnahmen, die für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige angeboten werden könnten.....	56
Tabelle 5: Frage 5e: Angebote, die Sie sich als Ärztin bzw. Arzt für Ihre Versorgungsregion wünschen	57

Abkürzungen

ÄK	Ärztchammer
AM	Allgemeinmediziner:innen
ASKL	arteriosklerotische Erkrankungen
ATC-ICD	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Ableitung von Diagnosecodes aus Heilmittelverordnungen)
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BIG	Business Intelligence im Gesundheitswesen
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
B-ZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
DiGAs	Digitale Gesundheitsanwendungen
DMP	Disease-Management-Programm(e)
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Grundpopulation
HbA1C	Hämoglobin A1c
ID	Identifizier
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
LDL	Low Density Lipoprotein
LEICON	Leistungscontrolling
LKH	Landeskrankenhaus
MEL	Medizinische Einzelleistung (LKF-Leistungskatalog)
NBZ	Nüchternblutzucker
OAD	orale Antidiabetika
QI	Qualitätsindikator
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖQMED	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin
ÖQUASTA	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen
PAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PG	Projektgruppe
PHC	Primary Health Care
QM	Qualitätsmanagement
SV	Sozialversicherung
VU	Vorsorgeuntersuchung

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 für die Jahre 2024 bis 2028 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 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: Gremium im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit mit Themenschwerpunkten wie z. B. 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 Controllinginstrument, das von der ÖGK und der BVAEB entwickelt worden ist 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 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.²

² [Kostenkomponente im Gesundheitswesen](#) [Zugriff am 08.05.2025]

1 Historie, Hintergrund

Die Ergebnisqualitätsmessung im stationären Bereich wurde in Österreich im Zuge der Gesundheitsreform 2013 (Zielsteuerung-Gesundheit) 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 (niedergelassen und spitalsambulant) 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 (siehe 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. Ein unveröffentlichter Abschlussbericht mit dem Titel *„Ambulante Qualitätszirkel am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2. Bericht über die Erfahrungen der Pilotbezirke“* liegt als Dokumentation dieser Phase vor.

Die Ergebnisse der A-OQI Qualitätszirkel 2021 und 2022 zum Thema Diabetes mellitus Typ 2 sind den jeweiligen Ergebnisberichten zu entnehmen. Im Jahr 2023 wurde als Schwerpunkt das Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“ ausgewählt und in 28 Qualitätszirkeln bearbeitet³. Auch für das Jahr 2024 wurde dieses Thema erneut herangezogen, die Ergebnisse sind in dem vorliegenden Bericht aufbereitet.

1.1 Bezug zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2024 bis 2028 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 Qualität im gesamten Gesundheitswesen“) verankert.

³ siehe [Ambulante Qualitätszirkel](#) [Zugriff am 08.05.2025]

Abbildung 1: Bundes-Zielsteuerungsvertrag, operatives Ziel 8

Strategisches Ziel 2	Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse	
Themenbereich	Qualität	
Operatives Ziel 8	Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen	
Maßnahmen		Zeitplan
Bundesebene	1: Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von unabhängigen jeweils bundesweit einheitlichen Qualitätssicherungssystemen für alle GDA im niedergelassenen Bereich in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Berufsgruppe, inkl. transparentem Berichtswesen	Ende 2026
	2: Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren für den ambulanten Bereich (A-OQI) auf Basis der Routinedokumentation von bundesweit einheitlichen Diagnosen und Leistungen im intra- und extramuralen Bereich	Ende 2028
	3: Erarbeitung einer gemeinsamen (Qualitäts-) Registerstrategie (inkl. Definition von Standards, Einmeldeschnittstellen), Etablierung und Weiterentwicklung	Mitte 2025
	4: Weiterentwicklung und periodische Durchführung der sektorenübergreifenden Patient:innenbefragung mit Fokus auf „patient-reported experiences und outcomes“ (PREM/PROM) und Publikation sowie Ableitung von Maßnahmen sowie Teilnahme an internationalen Initiativen (PaRIS/OECD)	Laufend
Landesebene	1: Umsetzung der Empfehlungen der Registerstrategie betreffend Dateneingabe, Datenqualitätssicherung und fristgerechte Übermittlung der Daten via entsprechender Schnittstellen	Ab Mitte 2025
	2: Umsetzung der Maßnahmen aus A-IQI Empfehlungen	Laufend

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024-2028

Die operative Arbeit für die A-OQI Qualitätszirkel übernimmt die Projektgruppe A-OQI und der 2022 eingerichtete Wissenschaftliche Beirat A-OQI. Beide Arbeitsgruppen sind organisatorisch in die Fachgruppe Versorgungsprozesse eingegliedert und deren Tätigkeiten über eine Geschäftsordnung geregelt (siehe nachfolgendes Kapitel 1.2).

1.2 Geschäftsordnung der Projektgruppe A-OQI der Bundes-Zielsteuerung-Gesundheit

Für die Projektgruppe A-OQI wurde 2023 eine Geschäftsordnung beschlossen. Gemäß Geschäftsordnung sind die Aufgaben der Projektgruppe die Beratung der Fachgruppe Versorgungsprozesse in allen Fragen hinsichtlich Ergebnisqualitätsmessung und Qualitätsverbesserungen im extramuralen Bereich. Weiters ist unter anderem die Zusammensetzung der Mitglieder der Projektgruppe, deren Arbeitsweise, Vorsitz, Tagungsmodus und Beschlussfähigkeit geregelt. Eine Besonderheit für dieses Zielsteuerungsgremium ist, dass nicht nur die drei Zielsteuerungspartner (Bund, Länder und Sozialversicherung) in dieser Projektgruppe zusammenarbeiten, sondern darüber hinaus auch die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) und die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMED) Mitglied sind.

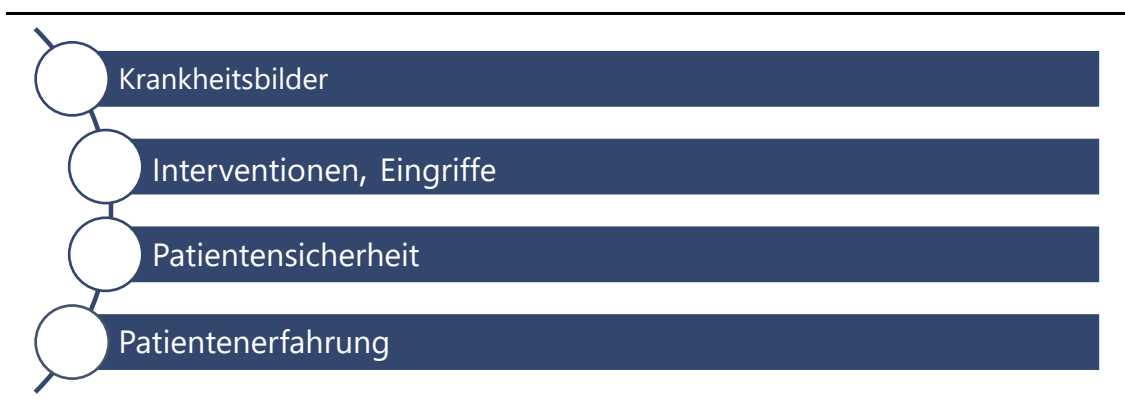
2 Konzepte: Qualitätsmessung und Qualitätszirkel im ambulanten Bereich

Das Konzept „Qualitätsmessung im ambulanten Bereich“ wurde 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 ein unveröffentlichter Abschlussbericht mit dem Titel „*Ambulante Qualitätszirkel am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2. Bericht über die Erfahrungen der Pilotbezirke*“ sowie das unveröffentlichte Roll-out-Konzept „*Ambulante Qualitätszirkel – Umsetzungskonzept*“ zur Umsetzung durch die Sozialversicherung unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer 2019 in der zuständigen Arbeitsgruppe erstellt. Die Eckpunkte daraus werden unter Einbezug der durchzuführenden Arbeiten nachfolgend erläutert.

2.1 Thematische Schwerpunkte

Im Zuge der Arbeiten wurden die vier thematischen Schwerpunkte gemäß Abbildung 2 definiert.

Abbildung 2: Thematische Schwerpunkte



Quelle und Darstellung: BMASGPK

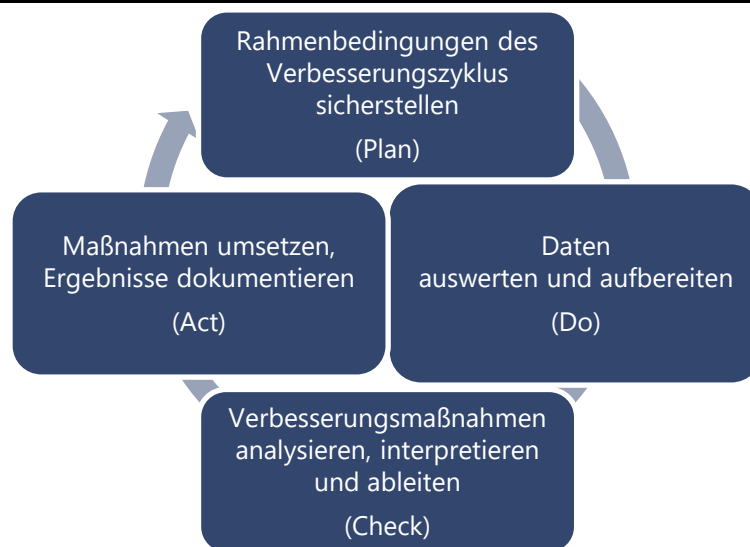
- **Krankheitsbilder, chronische Erkrankungen:** Identifikation von Krankheitsbildern anhand geeigneter Daten, z. B. Ableitung der Basispopulation über Medikamente ATC-ICD oder bei stationären Aufenthalten über die ICD-Hauptdiagnose
- **Interventionen, Eingriffe:** Heranziehen klar definierter Interventionen als Ausgangspunkt für die Qualitätsmessung, z. B. Daten aus dem ambulanten Teil des Leistungskatalogs des BMASGPK, Versichertendaten der SV oder anderer Datenquellen
- **Patientensicherheit:** Berechnung ausgewählter Indikatoren zur Patientensicherheit aus geeigneten Datenquellen, z. B. SV-Leistungsdaten; möglicherweise Einbeziehen bereits etablierter Qualitätssicherungsprogramme, z. B. Rundversuche der ÖQUASTA
- **Patientenerfahrungen:** Ergebnisse der sektorenübergreifenden Patientenbefragung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sowie weiterer relevanter Befragungen, z. B. Bevölkerungsbefragung (ATHIS)

Die bisherigen A-OQI Qualitätszirkel 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 (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Adaptierter PDCA-Zyklus A-OQI



Quelle und Darstellung: ÖGK

Plan: Rahmenbedingungen des Verbesserungszyklus sicherstellen (Grundlagen, Analyse)

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

Zu den Arbeitsschritten 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 Analyseschwerpunkte für den aktuellen Qualitätsverbesserungszyklus. Die als Schwerpunkte festgelegten Themenbereiche absolvieren alle weiteren Schritte des Qualitätsverbesserungsprozesses.

Im Rahmen der Grundlagenarbeit zu Diabetes mellitus Typ 2 wurde das bereits zur Verfügung stehende Indikatorenset (Prozessqualität) von LEICON herangezogen und um weitere Indikatoren zur Ergebnisqualität ergänzt. Da sich dieser Ablauf bewährt hatte, wurde 2023 und auch 2024 für das Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“ erneut dieser Ablauf gewählt (siehe Kapitel 3). In dieser Phase erfolgte auch die Rekrutierung der SV-Referentinnen und -Referenten sowie der Ärztinnen und Ärzte mit einer Moderatorenausbildung.

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

Die Berechnung und Darstellung der Auswertungen und Indikatoren erfolgt immer durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK).

Check: Analysieren, Interpretieren und Ableiten von Verbesserungsmaßnahmen

Die Auswertungen auf regionaler Ebene werden an die betroffenen Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) der Region in aggregierter Form unter Angabe des Ziel-/Referenzbereichs bzw. des Bundesdurchschnitts zurückgespielt. In weiterer Folge werden die Auswertungen im Rahmen der A-OQI Qualitätszirkel thematisiert und bearbeitet. Die A-OQI Qualitätszirkel übernehmen die tiefergehende Analyse der Ergebnisse, identifizieren Verbesserungspotenziale und leiten Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen ab, die entsprechend zu dokumentieren sind.

2024 wurden alle 14 geplanten A-OQI Qualitätszirkel abgehalten (siehe Kapitel 4).

Act: Umsetzen von Maßnahmen, Dokumentieren der Ergebnisse

Die schriftlich festgehaltenen Ergebnisse der A-OQI Qualitätszirkel 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. Gesundheitskassen, Land, Landes-Zielsteuerungskommission) zu übermitteln. Diese leiten daraus konkrete Maßnahmen ab, die ihren Wirkungsbereich betreffen, und berichten darüber in der Landes-Zielsteuerungskommission. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der A-OQI Qualitätszirkel sind die Ergebnisse zur Information zu übermitteln.

3 Regionsprofile und Qualitätsindikatoren

Für das Themengebiet „Arteriosklerotische Erkrankungen“ wurden mehrere Indikatoren betreffend Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. Die Ergebnisse wurden im Rahmen der A-OQI Qualitätszirkel im kollegialen Fachaustausch diskutiert und Verbesserungsmaßnahmen wurden vorgeschlagen. Für die einzelnen A-OQI Qualitätszirkel werden neben den Indikatorenergebnissen auch Regionsprofile erstellt und präsentiert. Die Details sind in den folgenden Kapiteln getrennt nach Regionsprofil, Prozessqualität und Ergebnisqualität dargestellt.

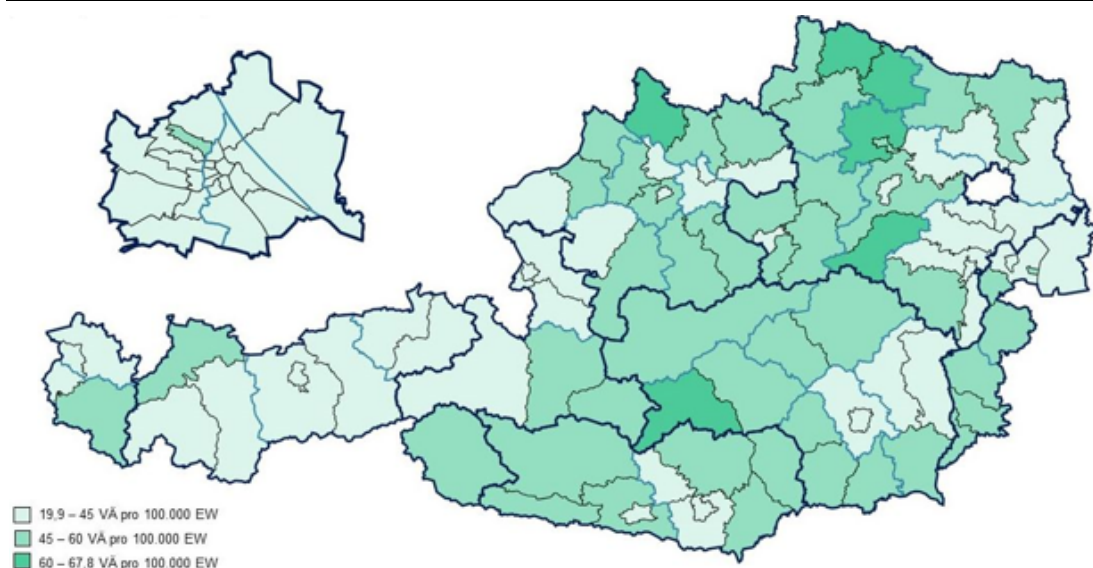
3.1 Regionsprofile

Die Regionsprofile, die für die A-OQI Qualitätszirkel „Arteriosklerotische Erkrankungen“ aufbereitet wurden, beinhalten Informationen

- zur Demografie (Bevölkerungsstruktur ab 60 Jahren),
- zur Epidemiologie und
- zu Versorgungsangeboten (Ärztedichte).

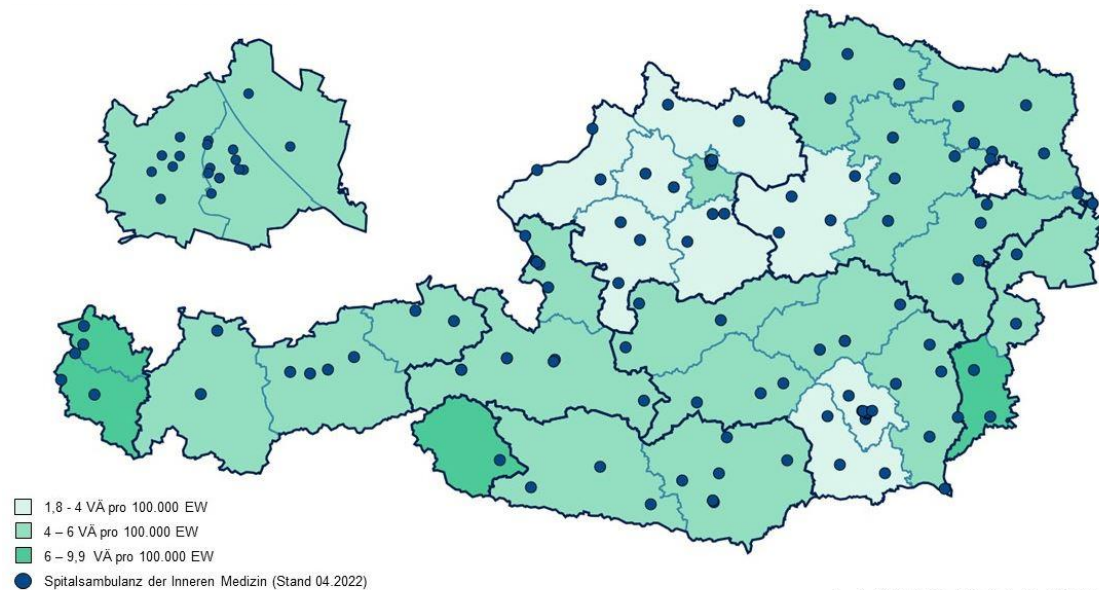
Die Datenaufbereitung erfolgt je Bundesland mit Werten auf den Ebenen Bund, Bundesland und Versorgungsregion. Die folgenden Abbildungen beinhalten die Dichte an ÖGK-Vertragsärztinnen und -ärzten pro 100.000 Einwohner:innen getrennt nach „Allgemeinmedizin“, „Innere Medizin“, „Neurologie“ und „Neurologie und Psychiatrie“ sowie die Spitalsambulanzen der Fachrichtungen „Innere Medizin“ und „Neurologie“.

Abbildung 4: ÖGK-Vertragsärztinnen und -ärzte, Fachrichtung Allgemeinmedizin; pro 100.000 Einwohner:innen



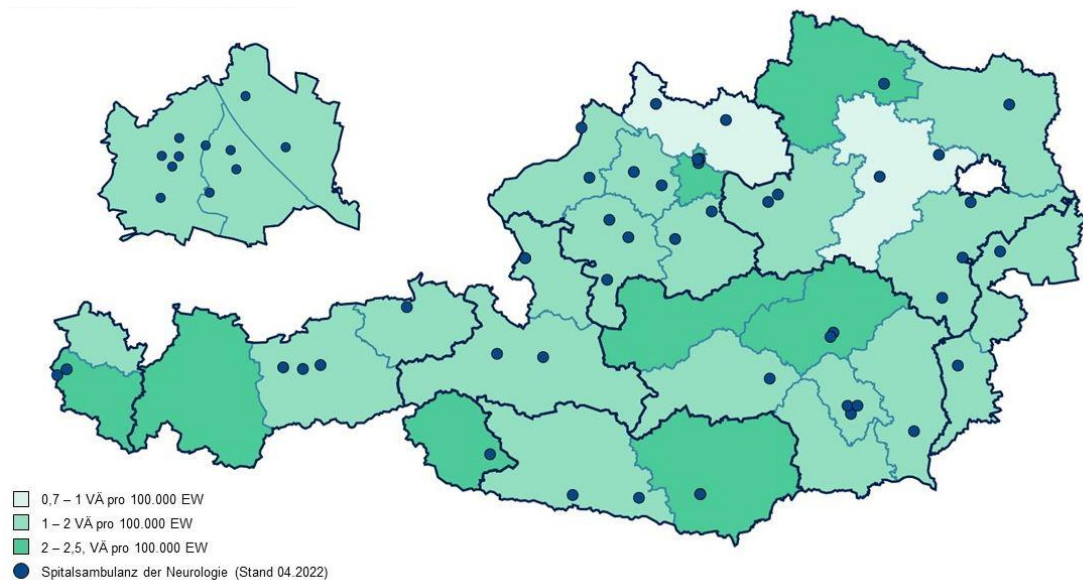
Quellen: ÖGK SMART, Statistik Austria (ZMR 2023), ÖGK, Regiomed (DVSU); Darstellung: ÖGK

Abbildung 5: ÖGK-Vertragsärztinnen und -ärzte, Fachrichtung Innere Medizin inkl. Spitalsambulanzen der Inneren Medizin; pro 100.000 Einwohner:innen



Quellen: ÖGK SMART, Statistik Austria (ZMR 2023), ÖGK, Regiomed (DVSU); Darstellung: ÖGK

Abbildung 6: ÖGK-Vertragsärztinnen und -ärzte, Fachrichtung Neurologie und Neurologie und Psychiatrie inkl. Spitalsambulanzen der Neurologie; pro 100.000 Einwohner:innen



Quellen: ÖGK SMART, Statistik Austria (ZMR 2023), ÖGK, Regiomed (DVSU); Darstellung: ÖGK

3.2 Grundpopulation

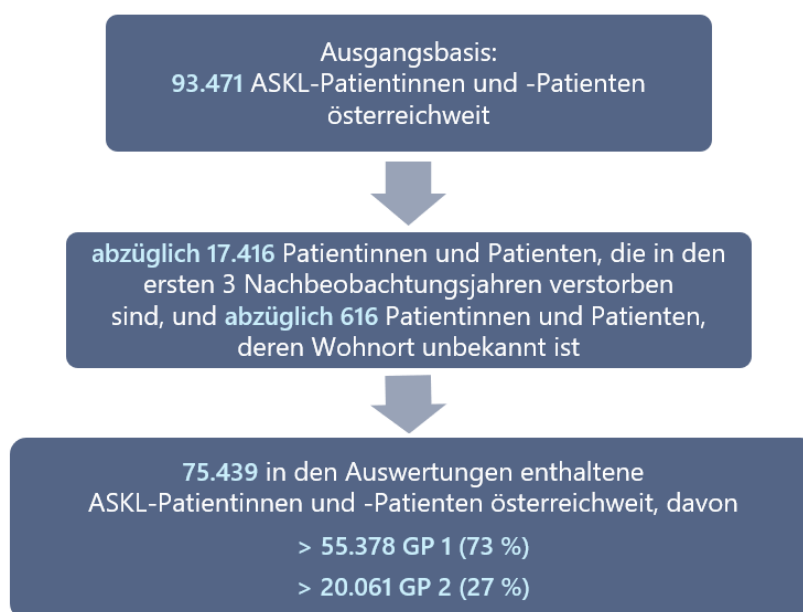
Als Patientinnen und Patienten mit einer arteriosklerotischen Erkrankung (ASKL) gelten in den A-OQI-Auswertungen auf Basis von LEICON jene Personen, die im Jahr 2018 oder 2019 einen stationären Aufenthalt aufgrund

- einer ischämischen Herzerkrankung = Grundpopulation 1 (GP 1 = I21 Akuter Myokardinfarkt, I22 Rezidivierender Myokardinfarkt, I25 Chronische ischämische Herzkrankheit) oder
- eines ischämischen Schlaganfalls = Grundpopulation 2 (GP 2 = I63 Hirninfarkt)

hatten.

Aus der Grundpopulation der arteriosklerotischen Patientinnen und Patienten (ASKL-Patientinnen und -Patienten) wurden jene ausgeschlossen, die in den ersten drei Nachbeobachtungsjahren verstorben sind oder deren Wohnort unbekannt ist. Für die Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu einem Bundesland / einer Versorgungsregion wurde der aktuelle Hauptwohnsitz (Stand 2024) herangezogen.

Abbildung 7: Übersicht, Daten Grundpopulation – Österreich



Quelle und Darstellung: ÖGK

3.3 Qualitätsindikatoren

Für die Auswertungen der Qualitätsindikatoren wird der Anteil der ASKL-Patientinnen und -Patienten in die zwei Grundpopulationen (siehe Kapitel 3.3) unterteilt und es werden innerhalb der jeweiligen Grundpopulation jeweils folgende vier Qualitätsindikatoren berechnet:

- A. jährliche fachärztliche Kontrolle
- B. jährliche Erhebung ausgewählter Laborparameter
- C. medikamentöse Therapie mit Cholesterinsenkern (ATC C10)
- D. Ergebnisqualität (Auftreten eines Nachfolgeereignisses)

Zur Berechnung des Indikators wird eine Zeitspanne von dreimal 365 Tagen ab der Entlassung angesehen.

3.3.1 Indikator A: Fachärztliche Kontrolle

Der Indikator A stellt die fachärztliche Kontrolle dar, welche einmal jährlich über einen Beobachtungszeitraum von drei Jahren erfolgen soll:

- **ischämische Herzerkrankung (GP 1):** Kontakt bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Innere Medizin (Kassen- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte) oder Kontakt in Spitalsambulanz für Innere Medizin oder stationärer Aufenthalt auf einer Abteilung für Innere Medizin
- **ischämischer Schlaganfall (GP 2):** Kontakt bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Neurologie oder einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Kassen- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte) oder Kontakt in einer neurologischen Spitalsambulanz oder stationärer Aufenthalt auf einer Abteilung für Neurologie

Ausschlüsse

- Patientinnen und Patienten, die in den ersten drei Nachbeobachtungsjahren verstorben sind
- Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Wohnort

In den drei Nachbeobachtungsjahren erhielten durchschnittlich 43,9 Prozent der ASKL-Patientinnen und -Patienten jährlich eine fachärztliche Kontrolle. Bei den Herzinfarktpatientinnen und -patienten waren es 55,5 Prozent, bei den Schlaganfallpatientinnen und -patienten 11,7 Prozent (Details siehe Abbildung 8).

3.3.2 Indikator B: Ausgewählte Laborparameter

Der Indikator B stellt dar, ob nachfolgend gelistete Laborparameter einmal jährlich über einen Beobachtungszeitraum von drei Jahren erhoben werden:

- Gesamtcholesterin (Chol, HDL, LDL) oder LDL und
- HbA1c oder NBZ (Nüchternblutzuckerwert)

Die Laborleistung kann auch in einer Spitalsambulanz (Leistung „Labor Chemie“) durchgeführt werden.

Bei stationären Aufenthalten wird – differenziert nach Grundpopulation – die Laborleistung im entsprechenden Jahr als erbracht angenommen, wenn

- bei GP 1 ein stationärer Aufenthalt auf einer Abteilung für Innere Medizin,
- bei GP 2 ein stationärer Aufenthalt auf einer Abteilung für Neurologie

erfolgt ist.

Ausschlüsse

- Patientinnen und Patienten, die in den ersten drei Nachbeobachtungsjahren verstorben sind
- Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Wohnort

Die entsprechenden Laborwerte wurden im Beobachtungszeitraum von drei Jahren bei 56 Prozent der Patientinnen und Patienten bestimmt. Bei den Herzinfarktpatientinnen und -patienten waren es 60,4 Prozent, bei den Schlaganfallpatientinnen und -patienten 44 Prozent (Details siehe Abbildung 8).

3.3.3 Indikator C: Medikamentöse Therapie mit Cholesterinsenkern

Der Indikator C bildet die medikamentöse Therapie mit Cholesterinsenkern (ATC C10) an mindestens drei unterschiedlichen Tagen⁴ pro Nachbeobachtungsjahr über einen Zeitraum von drei Nachbeobachtungsjahren ab.

Ausschlüsse

- Patientinnen und Patienten, die in den ersten drei Nachbeobachtungsjahren verstorben sind
- Patientinnen und Patienten mit unbekanntem Wohnort

Cholesterinsenker erhielten in den drei Nachbeobachtungsjahren 59,9 Prozent der ASKL-Patientinnen und -Patienten. Bei den Herzinfarktpatientinnen und -patienten waren es 63,1 Prozent, bei den Schlaganfallpatientinnen und -patienten 51,1 Prozent (Details siehe Abbildung 8).

3.3.4 Indikator D: Ergebnisqualität

Zum Thema Ergebnisqualität wurden folgende Indikatoren für das Krankheitsbild „Arteriosklerotische Erkrankungen“ festgelegt:

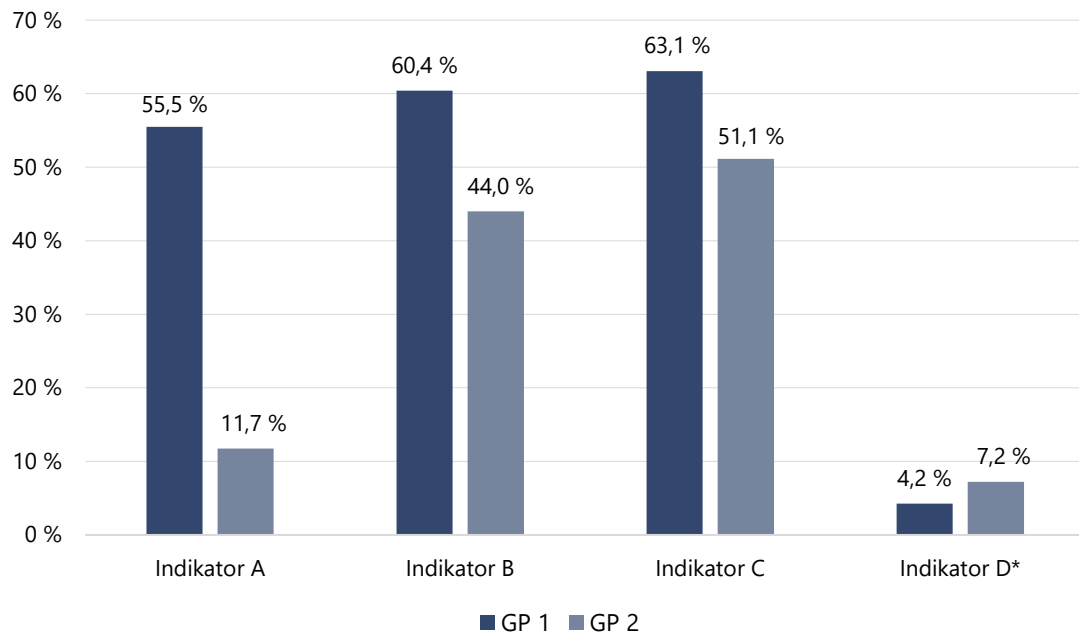
- Zweitereignis nach Herzinfarkt (GP 1): Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärer Krankenhausaufnahme und Hauptdiagnose Herzinfarkt (I21, I22) oder Schlaganfall (I63) in einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren
- Zweitereignis nach ischämischem Schlaganfall (GP 2): Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärer Krankenhausaufnahme und Hauptdiagnose Schlaganfall (I63) oder Herzinfarkt (I21, I22) in einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren

In den drei Nachbeobachtungsjahren hatten 5 Prozent der gesamten ASKL-Patientinnen und -Patienten einen stationären Aufenthalt mit dokumentierter Diagnose Herzinfarkt bzw. ischämischer Schlaganfall. 4,2 Prozent der Herzinfarktpatientinnen und -patienten (GP 1) sowie 7,2 Prozent der Schlaganfallpatientinnen und -patienten (GP 2) hatten in diesem Zeitraum ein Zweitereignis.

⁴ Es wurde dabei überprüft, ob der oder die Patient:in im jeweiligen Jahr dreimal oder öfter ein ATC-C10-Medikament verschrieben bekommen hat. Dies erfolgte im Sinne einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung, um sicherzustellen, dass die Medikamente über ein Jahr hinweg genommen werden.

Die folgende Abbildung stellt den Erfüllungsgrad der oben beschriebenen Qualitätsindikatoren je Grundpopulation dar. Die dargestellten Werte für Indikator D wurden geschlechts- und altersstandardisiert.

Abbildung 8: Anteil der ASKL-Patientinnen und -Patienten, von denen die definierten Qualitätsindikatoren erfüllt werden; differenziert nach Indikator und Grundpopulation, Auswertungsjahre 2018–2022

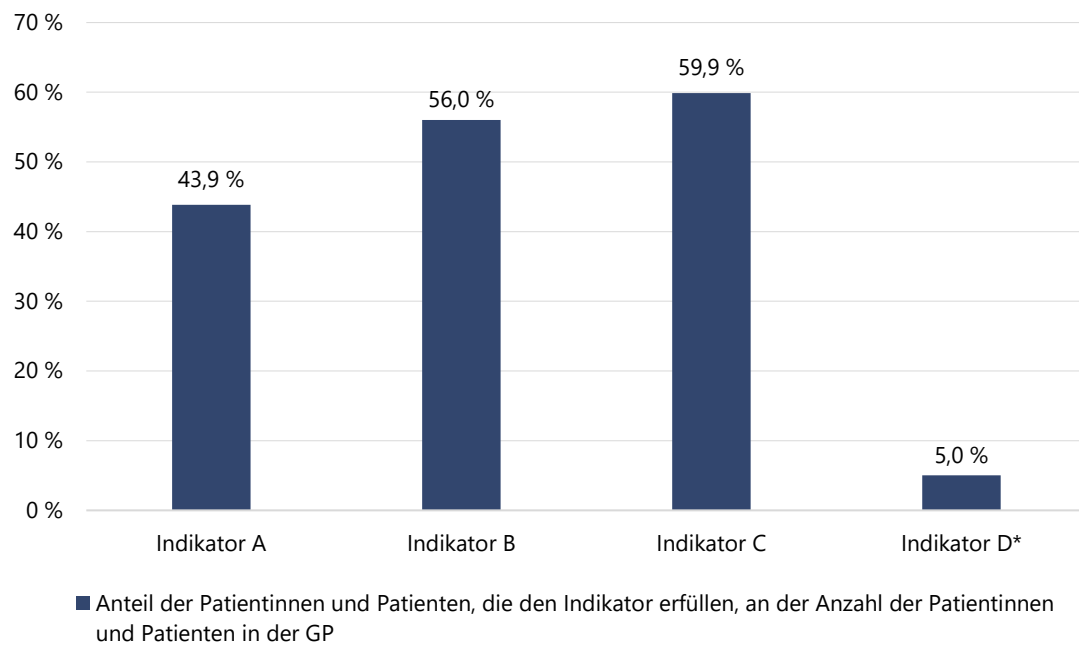


*Die Werte für Indikator D wurden geschlechts- und altersstandardisiert.

Quellen: LEICON, LKF, BMASGPK, BIG; Darstellung: ÖGK

Die folgende Abbildung stellt den Erfüllungsgrad der oben beschriebenen Qualitätsindikatoren für die arteriosklerotischen Erkrankungen insgesamt dar. Die dargestellten Werte für Indikator D wurden geschlechts- und altersstandardisiert.

Abbildung 9: Anteil der ASKL-Patientinnen und -Patienten, von denen die definierten Indikatoren erfüllt werden; Auswertungsjahre 2018–2022



*Der Wert für Indikator D wurde geschlechts- und altersstandardisiert.

Quellen: LEICON, LKF, BMASGPK, BIG; Darstellung: ÖGK

4 A-OQI Qualitätszirkel 2024

Von September bis Dezember 2024 fanden wie geplant insgesamt 14 A-OQI Qualitätszirkel zum Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“ statt (12 in Präsenz, 2 als Onlinemeeting). Details zum Ablauf und zu den Ergebnissen sowie Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen werden im vorliegenden Kapitel dargestellt.

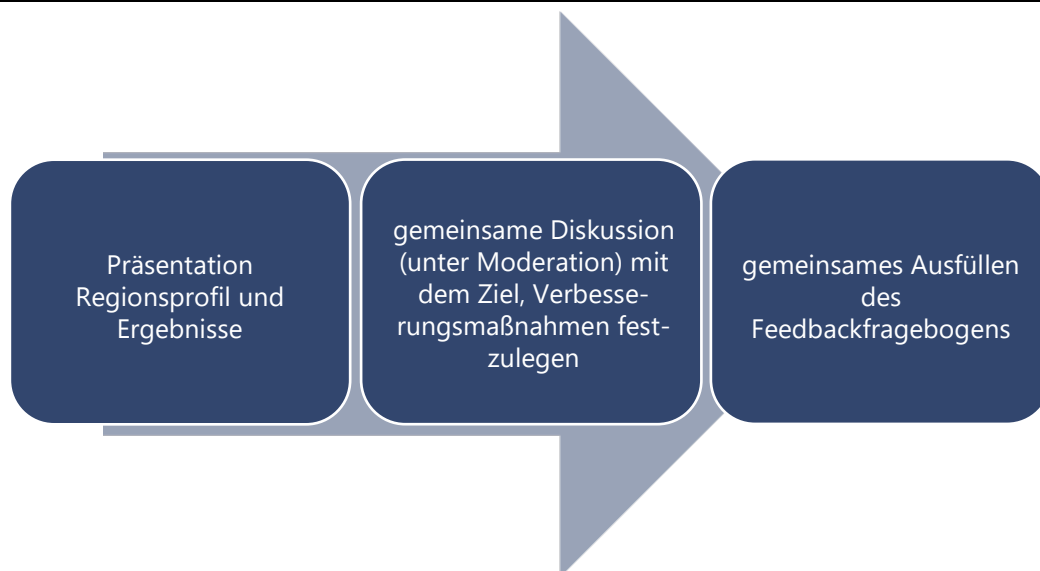
4.1 Überblick, Ablauf

A-OQI Qualitätszirkel laufen in drei Schritten ab:

- 1) Datenpräsentation,
- 2) moderierte Diskussion und
- 3) Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen sowie gemeinsame Befüllung des Feedbackfragebogens.

Es wurden die Auswertungen (Regionsprofile, Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität, siehe Kapitel 3) auf regionaler Ebene unter Angabe des Ziel-/Referenzbereichs bzw. des Bundesdurchschnitts präsentiert. In weiterer Folge wurden die Auswertungen tiefergehend analysiert, Verbesserungspotenziale identifiziert und Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen abgeleitet. Die Dokumentation erfolgte anhand eines im Vorfeld erstellten strukturierten Feedbackfragebogens mit ergänzenden Freitextfeldern (siehe Kapitel 4.2.1).

Abbildung 10: Ablauf A-OQI Qualitätszirkel



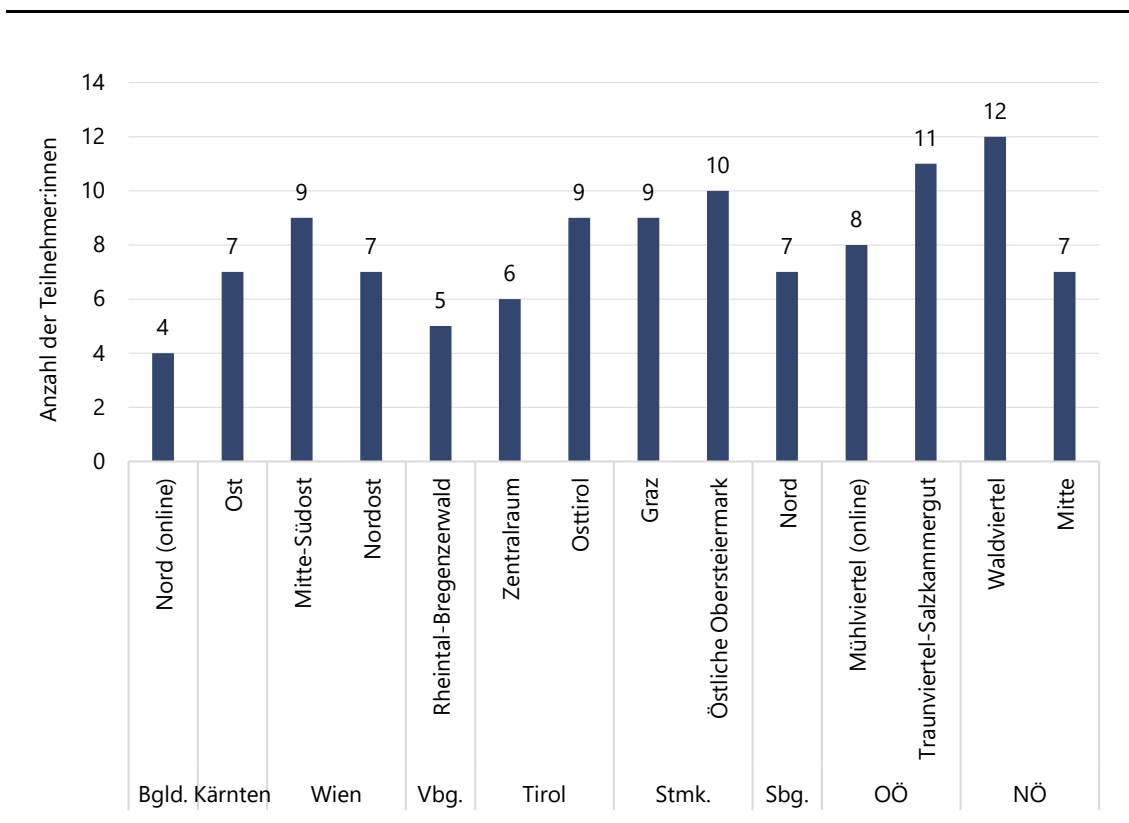
Quelle und Darstellung: ÖGK

Folgende Aufgabenverteilung ist in den A-OQI Qualitätszirkeln festgelegt:

- **Präsentation der Daten:** geschulte SV-Referentinnen und -Referenten
- **Moderation:** geschulte Ärztinnen und Ärzte mit Qualitätszirkelmoderatorenausbildung

Nach Aussendung der Einladungen an alle Allgemeinmediziner:innen, Internistinnen und Internisten sowie Neurologinnen und Neurologen (mit und ohne Kassenverträge) der jeweiligen Versorgungsregionen konnten wie geplant in 14 Versorgungsregionen die A-OQI Qualitätszirkel abgehalten werden. Die detaillierte Aufstellung aller Teilnehmer:innen ist in Abbildung 11 ersichtlich.

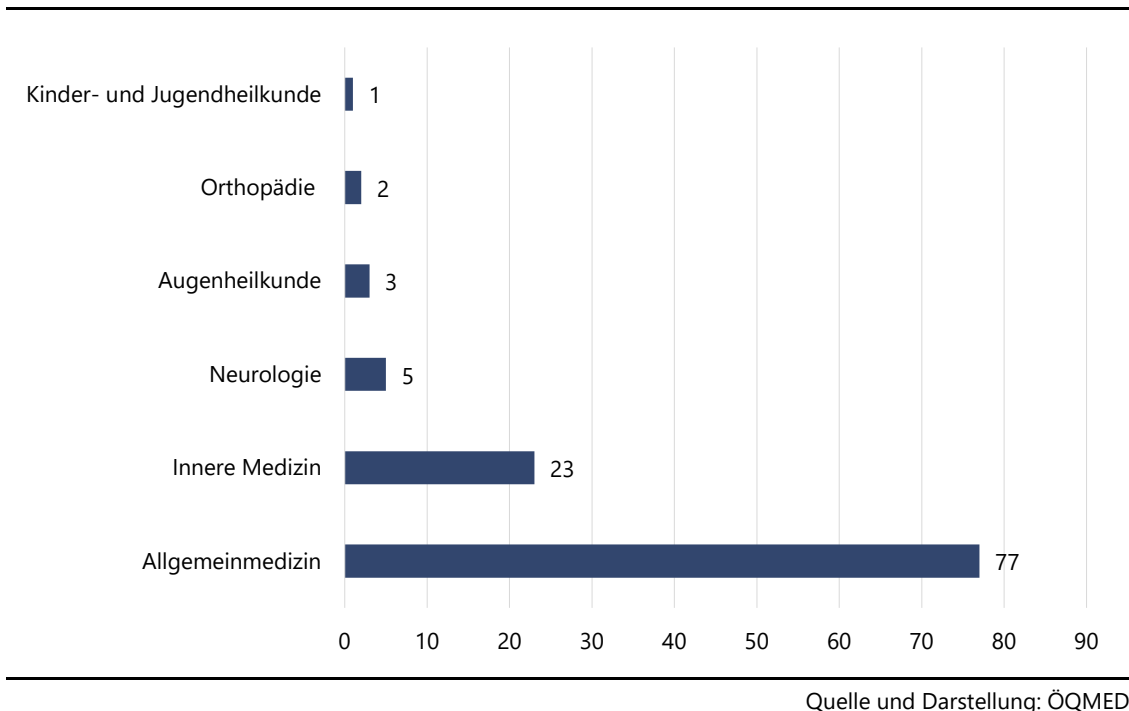
Abbildung 11: Überblick über die A-OQI Qualitätszirkel inklusive Anzahl der Teilnehmer:innen



Quelle und Darstellung: ÖQMED

Insgesamt nahmen an den 14 A-OQI Qualitätszirkeln 111 Ärztinnen und Ärzte teil. Nachfolgende Abbildung zeigt die Aufteilung in die entsprechenden Fachrichtungen.

Abbildung 12: An den A-OQI Qualitätszirkeln beteiligte Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtung



4.1.1 Erfahrungsbericht betreffend die Online-Qualitätszirkel

Im Berichtsjahr wurden zwei Qualitätszirkel als Online-Veranstaltung durchgeführt. Die tatsächliche Teilnehmeranzahl an diesen zwei Qualitätszirkeln war im Gegensatz zu den Präsenzveranstaltungen geringer (trotz zunächst ausreichender Anzahl an Anmeldungen). Beim Qualitätszirkel im Burgenland Nord gab es zunächst 8 Anmeldungen. Die tatsächliche Anzahl der Teilnehmer:innen lag bei 4. In der Region Oberösterreich-Mühlviertel waren 13 Teilnehmer:innen angemeldet, wovon 8 an der Online-Veranstaltung teilgenommen haben.

Da bei den Präsenzveranstaltungen die Diskussionsbereitschaft höher war und ein generell besserer Austausch bei Vor-Ort-Veranstaltungen stattfand, wird weiterhin vorrangig am bewährten Konzept der Qualitätszirkel⁵ als Vor-Ort-Veranstaltung festgehalten.

4.1.2 Erläuterung zum Feedbackfragebogen

Im Rahmen des jeweiligen A-OQI Qualitätszirkels in der Versorgungsregion hatten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit, unter Zuhilfenahme der präsentierten Kennzahlen die Optimierungsmöglichkeiten der Patientenversorgung in der Versorgungsregion zu diskutieren.

Die Ergebnisse wurden durch den oder die Moderator:in der Ärztekammer in einem Feedbackfragebogen festgehalten – das Resultat ist ein ausgefüllter Fragebogen auf Ebene der Versorgungsregion inklusive Lösungsvorschlägen/Verbesserungsmöglichkeiten. Der Fragebogen stand den Moderatorinnen und Moderatoren in Papierform zur Verfügung.

⁵ Generell hat ein Qualitätszirkel die Anforderung, dass die Prozesse der Versorgung von Patientinnen und Patienten in einer Expertengruppe gemeinsam diskutiert und Verbesserungen aufgezeigt werden.

Der oder die ÄK-Moderator:in konnte den Feedbackfragebogen nach dem A-OQI Qualitätszirkel gemeinsam mit der Teilnehmerliste an die ÖQMED retournieren. Die auf diese Weise übermittelten Feedbackfragebogen wurden anschließend von der ÖQMED in einem Online-Tool erfasst. Somit liegen von jedem durchgeführten A-OQI Qualitätszirkel die Antworten des Feedbackfragebogens in elektronischer Form vor und konnten von der GÖG ausgewertet werden. Der Feedbackfragebogen ist dem Anhang zu entnehmen. Die Auswertungen werden im nachfolgenden Kapitel 4.2 dargestellt.

4.2 Ergebnisse aus den A-OQI Qualitätszirkeln

In den nachstehenden Grafiken sind die Ergebnisse der Feedbackfragebogen abgebildet, die aus Fragen zu den folgenden sieben Blöcken bestehen:

1. Wie werden die präsentierten Ergebnisse der Kennzahlen eingeschätzt und welche Daten würden die Teilnehmer:innen darüber hinaus benötigen, um die regionale Versorgung besser einschätzen zu können?
2. Mit welchen Angeboten könnte man dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten, und wie wird Ihrer Ansicht nach eingeschätzt, ob verschiedene Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion problemlos erreicht werden können (z. B. sozioökonomisch benachteiligte Personen, Personen mit Migrationsgeschichte etc.)?
3. Sind die Patientinnen und Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen in der Versorgungsregion hinsichtlich der angeführten Punkte informiert?
4. Werden Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige angeboten? (Insgesamt sind 20 Maßnahmen angeführt plus ein Freitextfeld für Maßnahmen.)
5. Werden Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend für die Ärztinnen und Ärzte angeboten? (Insgesamt sind vier Maßnahmen angeführt plus ein Freitextfeld für Maßnahmen.)
6. Einschätzung zur Versorgungsregion: Wie erfolgt die Informationsweitergabe zwischen den angeführten Stakeholdern / Organisationen aus Sicht der Teilnehmer:innen? (Insgesamt vier angeführte Schnittstellen plus eine Frage, ob die Einbindung von sonstigen Gesundheitsberufen sinnvoll wäre).
7. Zusammengefasst: Wie ist die Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Basis der präsentierten Daten und der heutigen Diskussion?

Zusatzerläuterung für die nachfolgenden Abbildungen

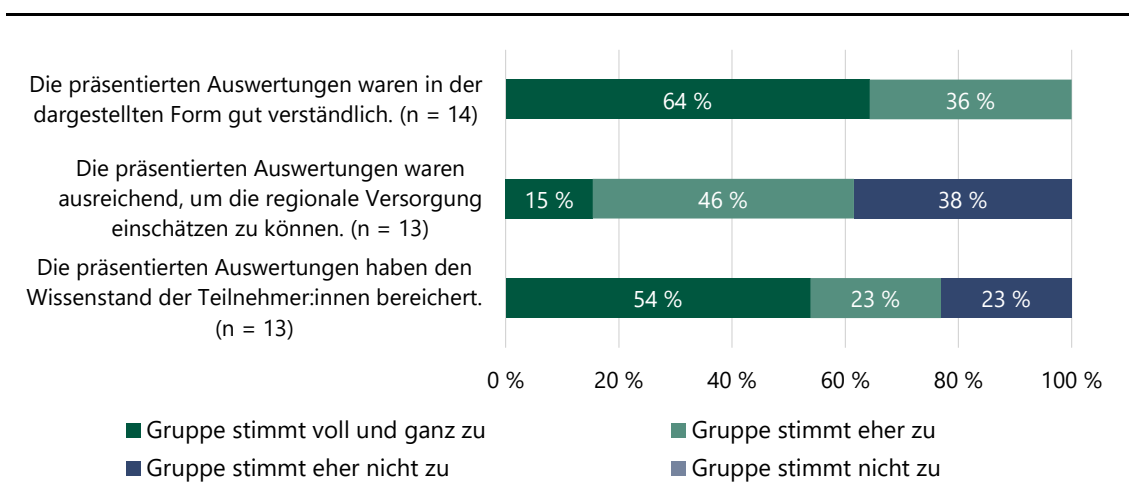
In den Grafiken ist jeweils neben einer Aussage oder einer Frage „(n = x)“ angeführt. Die Zahl x entspricht der jeweiligen Anzahl der ausgefüllten Fragen aus den insgesamt 14 teilgenommenen Versorgungsregionen. Ist die Zahl in Klammern kleiner als 14, gab es in einer oder mehreren Versorgungsregionen keine Antwort zu dieser Frage. Aufgrund der geringen Anzahl der Versorgungsregionen sind die Prozentanteile mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

4.2.1 Indikatoren/Kennzahlen betreffend alle arteriosklerotischen Erkrankungen

Der erste Fragenblock widmete sich der Bewertung der Auswertungen betreffend arteriosklerotische Erkrankungen, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der A-OQI Qualitätszirkel präsentiert wurden.

Abbildung 13 zeigt, dass die Auswertungen als **voll und ganz verständlich** (64 %) bzw. **eher verständlich** (36 %) angesehen wurden, und es gab keine weiteren Rückmeldungen dazu. 5 von 13 Versorgungsregionen (38 %) erhofften sich noch mehr Auswertungen, um die regionale Versorgung besser einschätzen zu können. 10 von 13 Versorgungsregionen (77 %) gaben an, dass die präsentierten Auswertungen den Wissensstand der Teilnehmer:innen bereichert haben. Von einer Versorgungsregion wurde hierzu keine Antwort gegeben.

Abbildung 13: Indikatoren/Kennzahlen betreffend alle arteriosklerotischen Erkrankungen, Fragen 1a bis 1c⁶



Darstellung: GÖG/BIQG

Unter „sonstige Auswertungen“ konnten im Freitextfeld zusätzliche Angaben gemacht werden. Die genannten Wünsche sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

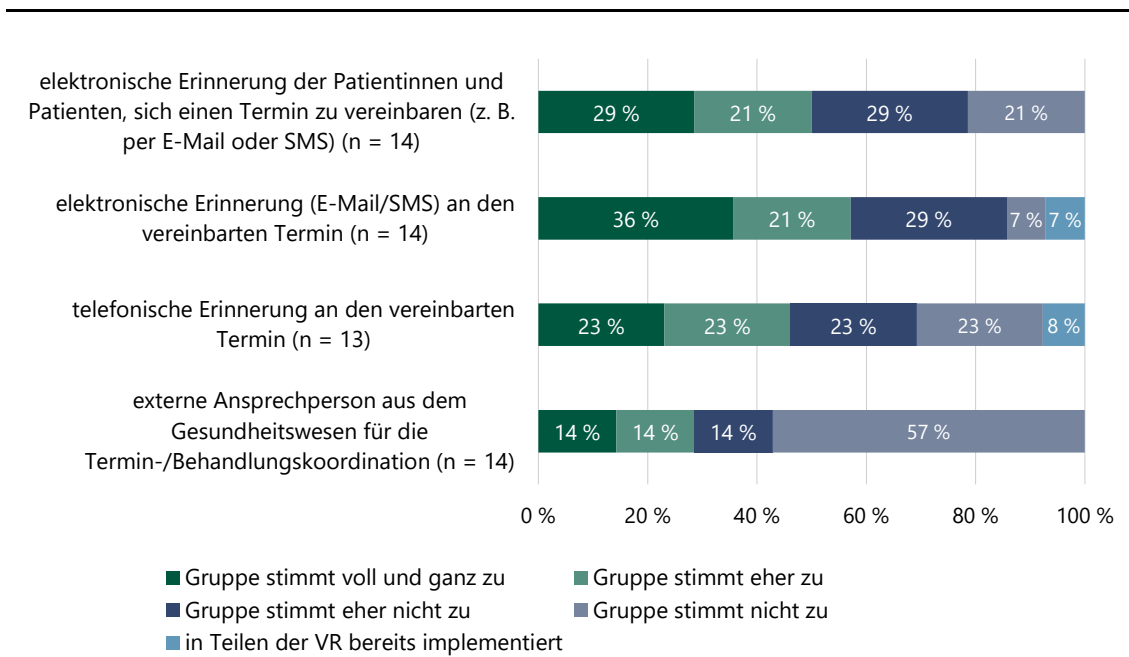
⁶ Die Prozentergebnisse wurden auf ganze Zahlen gerundet. Aufgrund dieser Rundungen kann daher die Gesamtsumme teilweise von 100 Prozent abweichen.

4.2.2 Terminwahrnehmung und Erreichung der Patientinnen und Patienten

Abbildung 14 zeigt die Einschätzung der Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel zu Angeboten, welche dazu beitragen würden, dass die Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten.

Eine elektronische Erinnerung, **dass ein Termin vereinbart werden sollte**, hat von der Hälfte der Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel Zustimmung erhalten. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen (57 %) ist der Meinung, dass eine elektronische Erinnerung **an den vereinbarten Termin** dazu beitragen würde, dass die Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchung einhalten.

Abbildung 14: Angebote, die dazu beitragen würden, dass Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten, Fragen 2a bis 2d

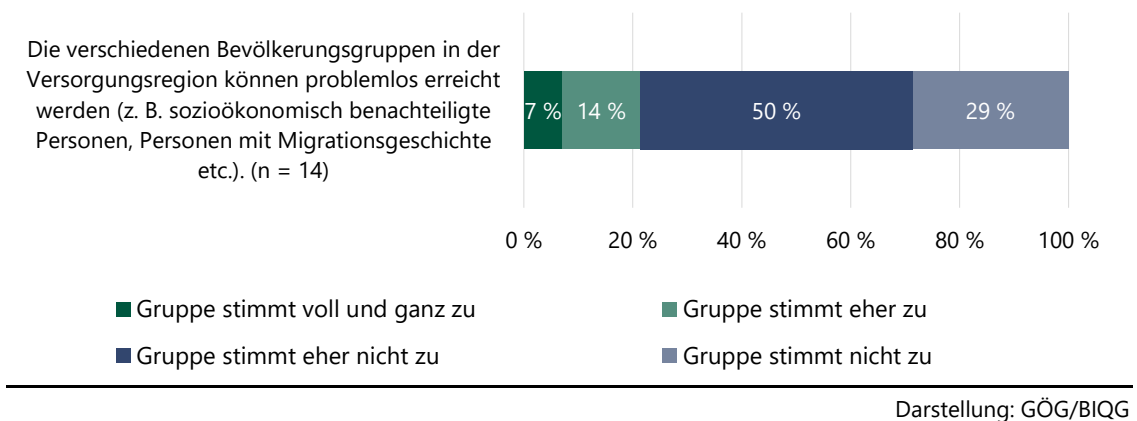


Darstellung: GÖG/BIQG

Zusätzlich konnten in den A-OQI Qualitätszirkeln noch andere Angebote als Freitext angeführt werden, die Patientinnen und Patienten dazu motivieren könnten, die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einzuhalten. Die genannten Wünsche sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

Abbildung 15 zeigt, dass in den A-OQI Qualitätszirkeln rückgemeldet wurde, dass die verschiedenen Bevölkerungsgruppen (z. B. sozioökonomisch benachteiligte Personen, Personen mit Migrationsgeschichte etc.) in den Versorgungsregionen **nicht** bzw. **eher nicht** problemlos erreicht werden können (79 %).

Abbildung 15: Problemlose Erreichbarkeit der verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion, Frage 2f

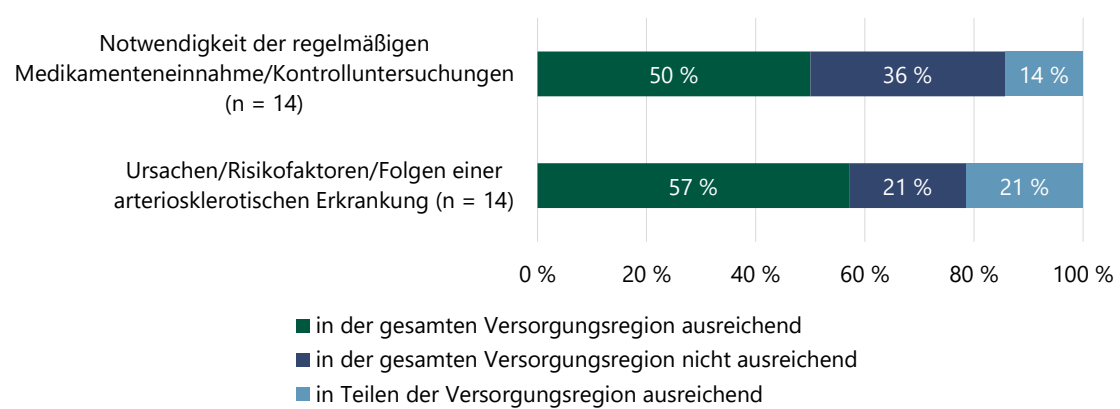


4.2.3 Information

Im Abschnitt „Information“ wurde darüber diskutiert, ob Patientinnen und Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen in der Versorgungsregion hinsichtlich mehrerer Punkte informiert sind.

Von rund einem Fünftel bzw. einem Drittel der A-OQI Qualitätszirkel wurde angegeben, dass die Patientinnen und Patienten **nicht ausreichend informiert** sind. Dies betrifft die Ursachen, Risikofaktoren und Folgen einer arteriosklerotischen Erkrankung (21 %) ebenso wie die Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme und der Einhaltung von Kontrolluntersuchungen (36 %).

Abbildung 16: Sind Patientinnen und Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen in der Versorgungsregion hinsichtlich folgender Punkte informiert? Frage 3a und 3b



Darstellung: GÖG/BIQG

4.2.4 Angebote und Maßnahmen für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige

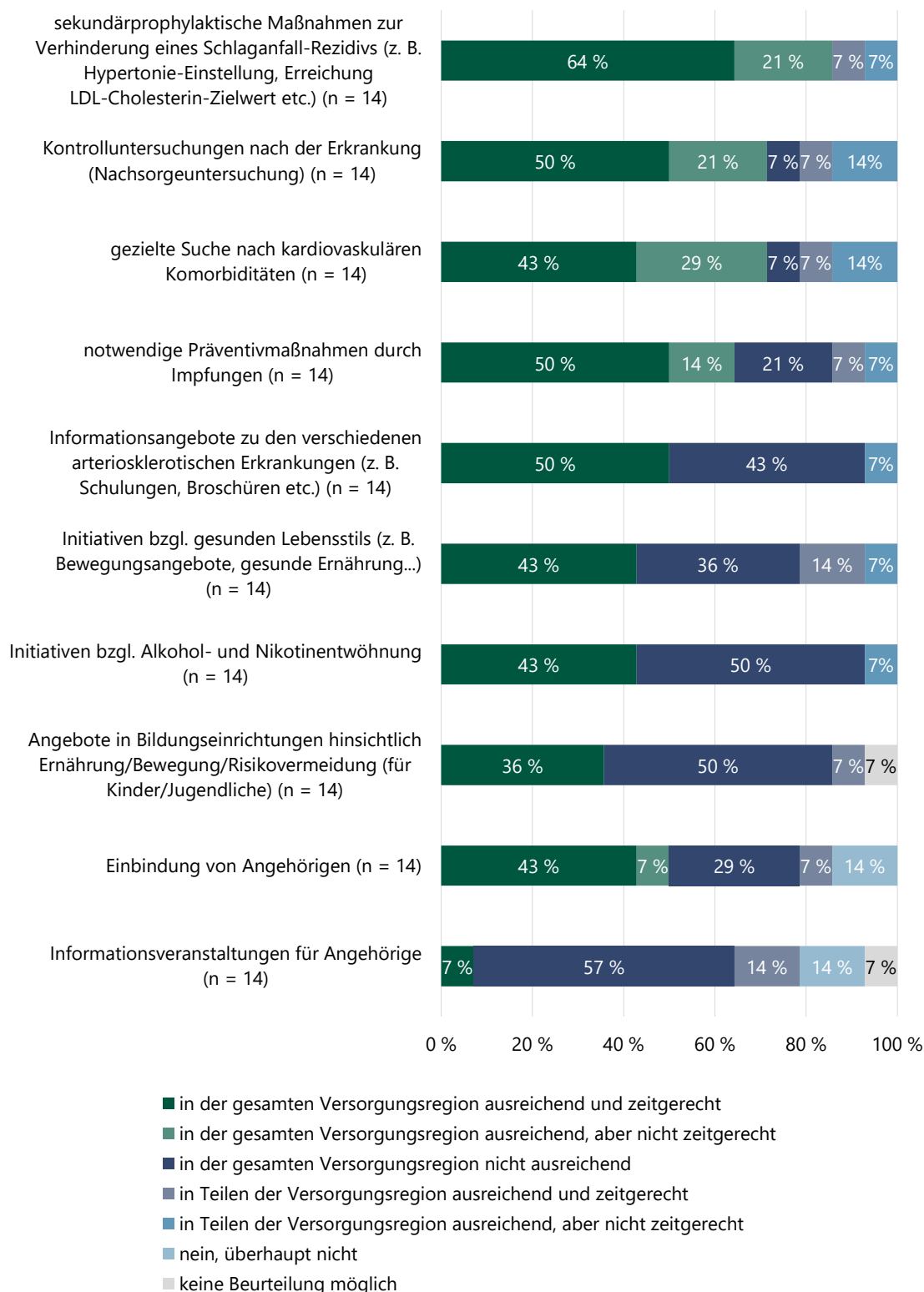
Nachstehender Fragenblock besteht aus mehreren Teilen.

- Der **erste Teil** (Frage 4a bis 4j) betrifft diverse Angebote für Patientinnen und Patienten in der Versorgungsregion,
- **Teil zwei** (Frage 4k bis 4n) betrifft das Angebot von zusätzlichen Gesundheitsberufen und Leistungen,
- **Teil drei** (Frage 4o und 4p) betrifft das Angebot an notwendigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie an spezifischen Krankenhauseinrichtungen in der Region,
- **Teil vier** (Frage 4q und 4r) bezieht sich auf das Angebot von spezifischer und ambulanter Rehabilitation.

Abbildung 17 und Abbildung 18 zeigen, dass in vielen Bereichen die angebotenen Maßnahmen bzw. das Angebot an zusätzlichen Gesundheitsberufen und Leistungen **in der gesamten Versorgungsregion** als **nicht ausreichend** angesehen werden, wie z. B.

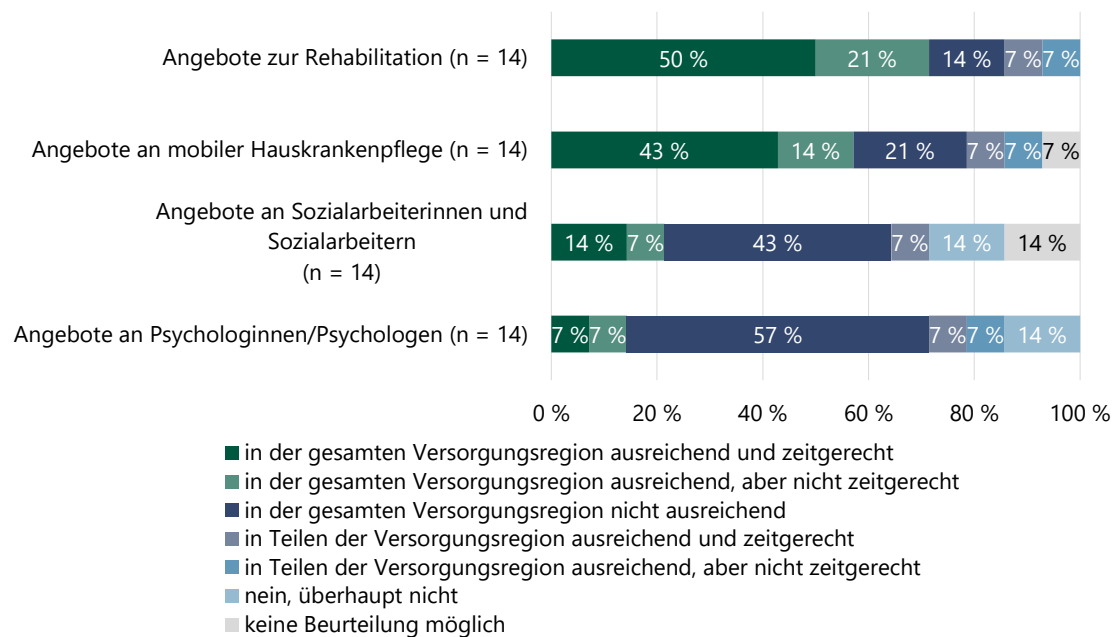
- Informationsveranstaltungen für Angehörige (57 %),
- Angebote in Bildungseinrichtungen hinsichtlich Ernährung, Bewegung, Risikovermeidung für Kinder und Jugendliche (50 %),
- Initiativen bzgl. Alkohol- und Nikotinentwöhnung (36 %),
- Informationsveranstaltungen zu verschiedenen arteriosklerotischen Erkrankungen (43 %),
- Angebote an Psychologinnen und Psychologen (57 %),
- Angebote an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern (43 %).

Abbildung 17: Teil 1, Maßnahmen und Angebote in der Versorgungsregion, Frage 4a bis 4j



Darstellung: GÖG/BIQG

Abbildung 18: Teil 2, Angebot an zusätzlichen Gesundheitsberufen und Leistungen, Frage 4k bis 4n

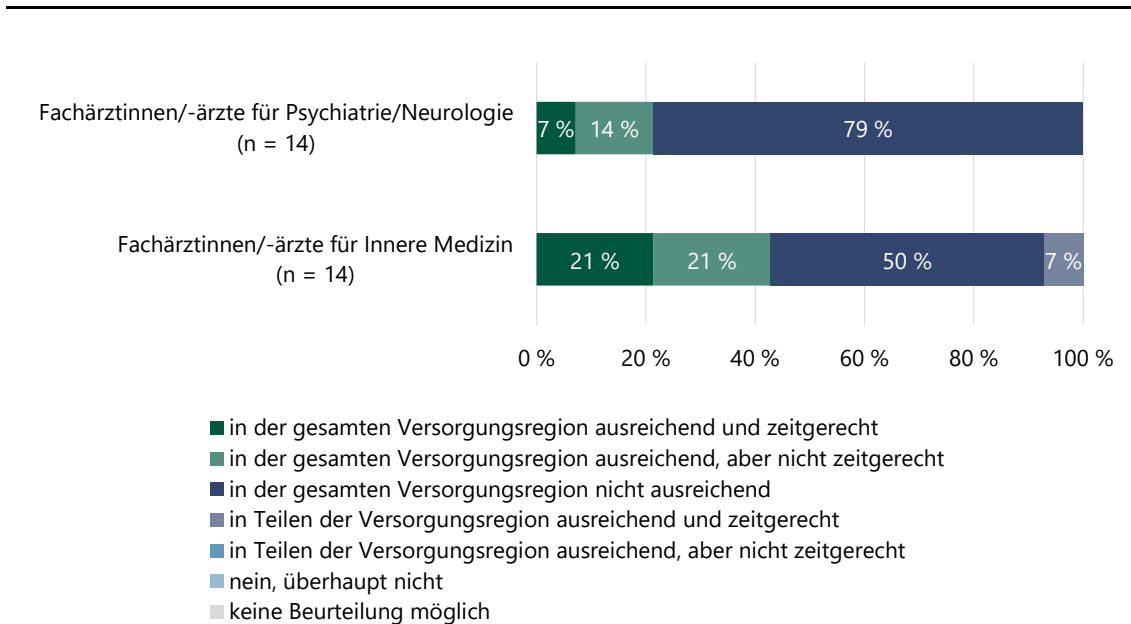


Darstellung: GÖG/BIQG

Die A-OQI Qualitätszirkel bewerten das Angebot an notwendigen Fachärztinnen und Fachärzten je nach Fachgebiet in ihrer Versorgungsregion im Hinblick auf arteriosklerotische Erkrankungen als in unterschiedlichem Maße ausreichend. Während das Angebot an Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin von 50 Prozent der Qualitätszirkel **in der gesamten Versorgungsregion als nicht ausreichend** angesehen wird, liegt dieser Wert bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie bei 79 Prozent.

In beiden Fachrichtungen meldeten die A-OQI Qualitätszirkel, dass Patientinnen und Patienten **nicht zeitgerecht** versorgt werden. Bei Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie/Neurologie liegt dieser Wert bei 14 Prozent, bei Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin bei 21 Prozent, wie in Abbildung 19 ersichtlich ist.

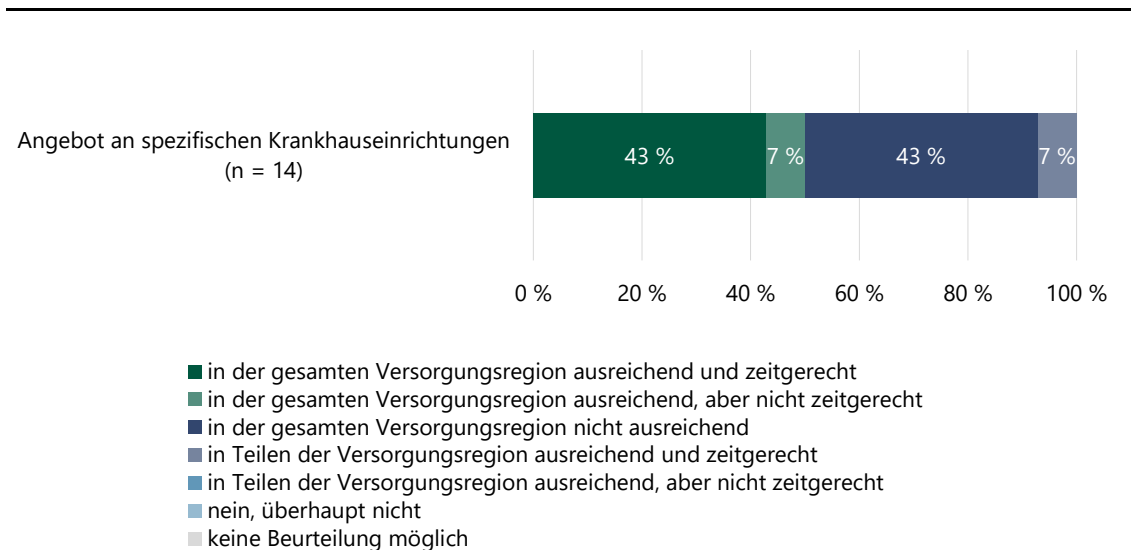
Abbildung 19: Teil 3, Angebot an notwendigen Fachärztinnen und Fachärzten in der Versorgungsregion, Frage 4o



Darstellung: GÖG/BIQG

Auch beim Angebot an spezifischen Krankenhauseinrichtungen in der Versorgungsregion wurde festgestellt, dass das Angebot nicht immer ausreicht. 43 Prozent der A-OQI Qualitätszirkel bewerten die Angebote **in der gesamten Versorgungsregion** als **nicht ausreichend**. Weitere 43 Prozent der A-OQI Qualitätszirkel sehen die Angebote als **ausreichend und zeitgerecht** an. 7 Prozent sehen sie zwar als **ausreichend**, aber als **nicht zeitgerecht** an, wie in Abbildung 20 ersichtlich ist.

Abbildung 20: Teil 3, Angebot an spezifischen Krankenhauseinrichtungen in der Versorgungsregion, Frage 4p

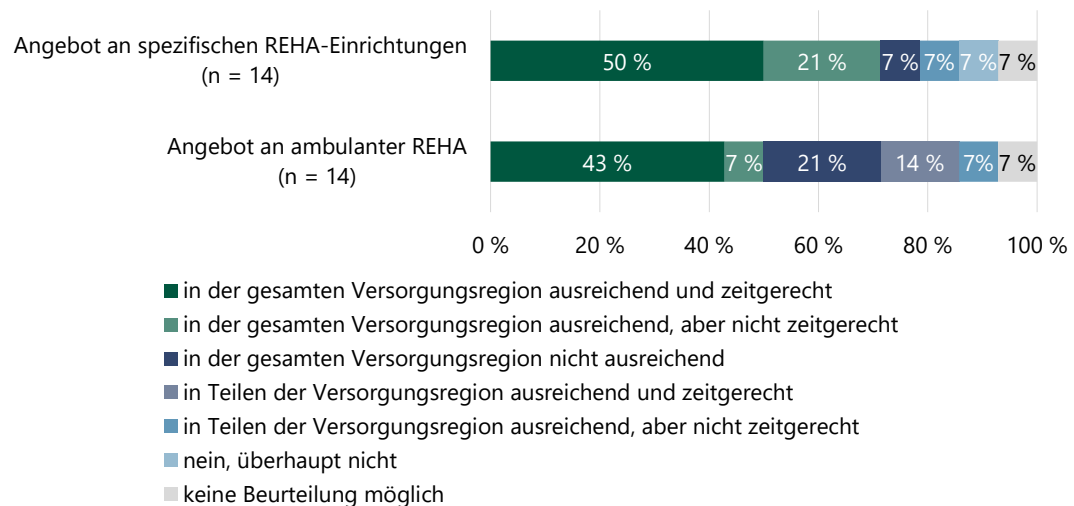


Darstellung: GÖG/BIQG

Ergänzend gab es bei der Frage 4p die Möglichkeit, bei einem Freitextfeld zusätzliche Angebote anzugeben. Diese sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

Bei der Bewertung des Rehabilitationsangebots in der Versorgungsregion wurden insbesondere in der ambulanten Rehabilitation fehlende Angebote angemerkt, wie Abbildung 21 zeigt.

Abbildung 21: Teil 4, Reha-Angebote in der Versorgungsregion, Frage 4q und 4r



Darstellung: GÖG/BIQG

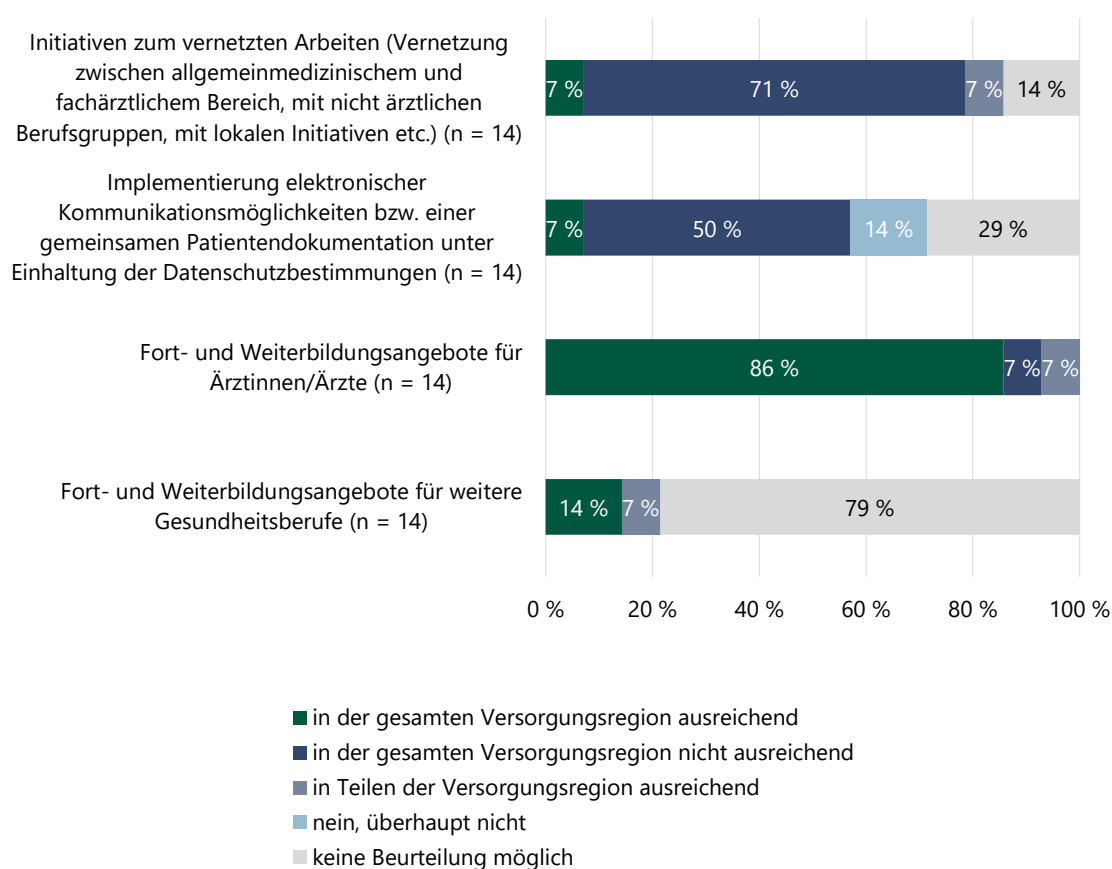
Am Ende des Fragenblocks hatten die Gruppen die Möglichkeit, andere Angebote/Maßnahmen für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zu nennen (Frage 4s). Diese sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

4.2.5 Angebote für Ärztinnen und Ärzte

Mit einem weiteren Fragenblock wurde eruiert, ob Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend für Ärztinnen und Ärzte angeboten werden.

Abbildung 22 zeigt, dass die A-OQI Qualitätszirkel für Ärztinnen und Ärzte größtenteils **ausreichende** Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sehen (86 %). **Nicht ausreichend** werden Initiativen zum vernetzten Arbeiten der Gesundheitsberufe (71 %) und im Bereich der Implementierung elektronischer Kommunikationsmöglichkeiten oder der gemeinsamen Patientendokumentation (50 %) gesehen. Fort- und Weiterbildungsangebote für weitere Gesundheitsberufe konnten knapp 80 Prozent der Qualitätszirkel nicht beurteilen.

Abbildung 22: Angebote für Ärztinnen und Ärzte, Frage 5a bis 5d



Darstellung: GÖG/BIQG

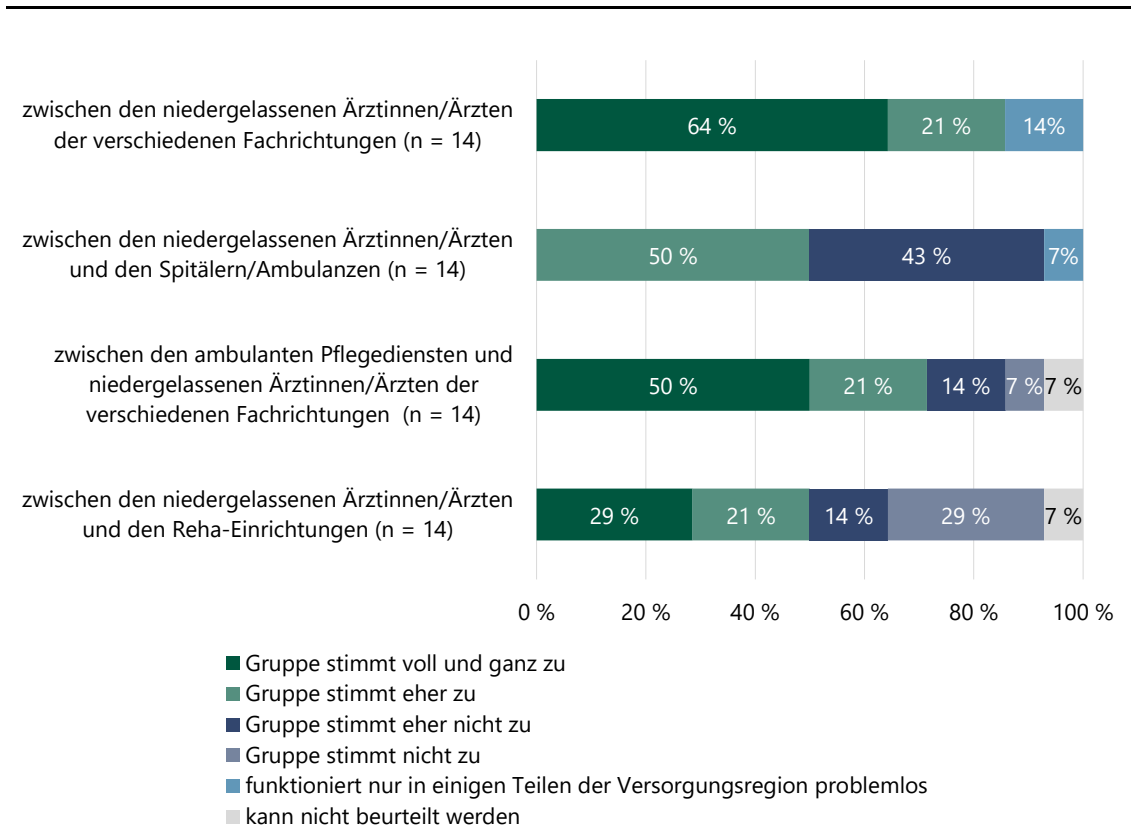
Am Ende des Fragenblocks hatten die Gruppen die Möglichkeit, Angebote zu nennen, die sie sich für ihre Versorgungsregion als Ärztin bzw. Arzt wünschen (Frage 5e). Diese sind als Originaltext gelistet und dem Anhang 3 zu entnehmen.

4.2.6 Kooperation

Der Teil zur Kooperation betraf die Fragen 6a bis 6e. Bei den Fragen 6a bis 6d wurde eruiert, ob die Informationsweitergabe zwischen den genannten Stakeholdern / Organisationen aus Sicht der Teilnehmer:innen problemlos funktioniert.

Abbildung 23 zeigt: Die Informationsweitergabe zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen wird als weitgehend problemlos gesehen. Kritischer wird die Informationsweitergabe zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Spitälern bzw. Ambulanzen bewertet. Hier sieht knapp die Hälfte der an den A-OQI Qualitätszirkeln beteiligten Personen Verbesserungsbedarf. Sehr ähnlich stellt sich die Situation bei der Informationsweitergabe zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den Reha-Einrichtungen dar, die auch als verbesserungswürdig angesehen wird.

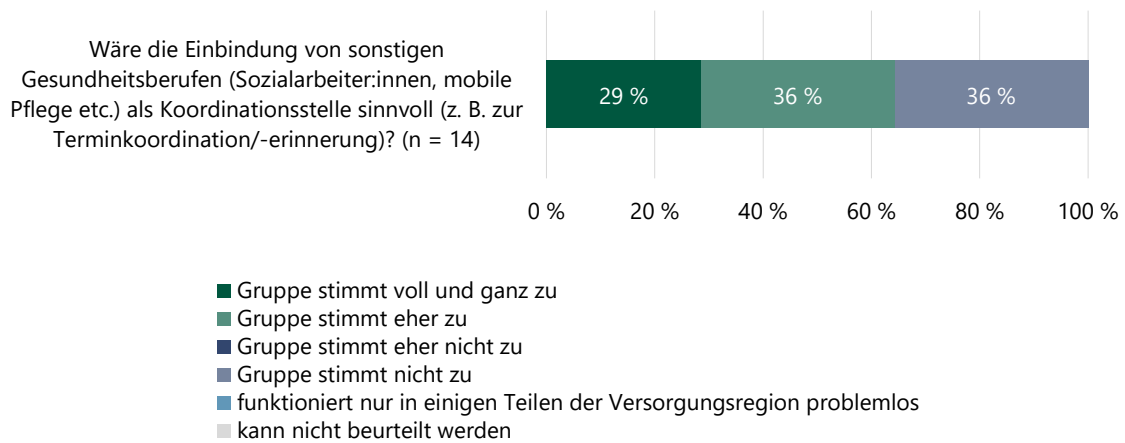
Abbildung 23: Kooperation bzw. keine Probleme bei der Informationsweitergabe, Frage 6a bis 6d



Darstellung: GÖG/BIQG

Abbildung 24 zeigt, dass knapp zwei Drittel der Gruppen die Einbindung sonstiger Gesundheitsberufe, wie z. B. der Sozialarbeit sowie der mobilen Pflege, als Koordinationsstelle für Aufgaben der Terminkoordination oder -erinnerung als sinnvoll ansehen.

Abbildung 24: Einbindung von sonstigen Gesundheitsberufen, Frage 6e



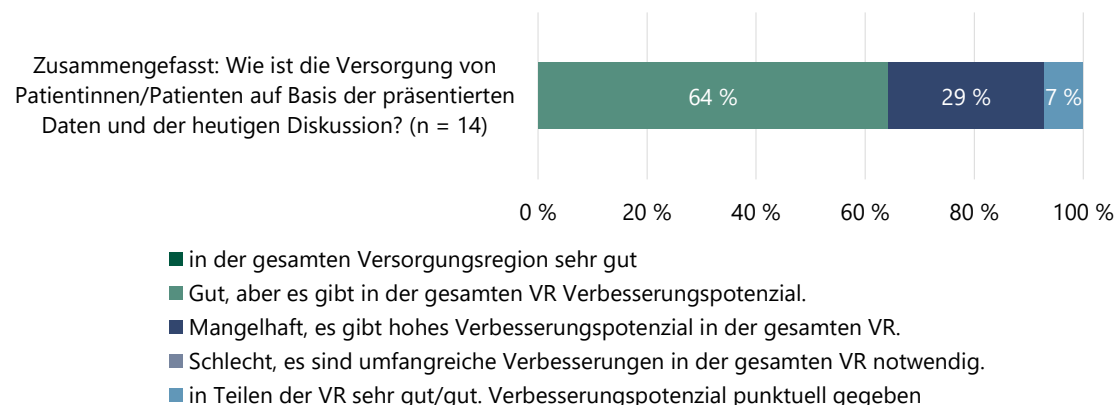
Darstellung: GÖG/BIQG

4.2.7 Gesamtbeurteilung

Mittels einer abschließenden Frage konnten die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel rückmelden, wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten auf Basis der präsentierten Daten und der Diskussion im Gesamten eingeschätzt wird.

Abbildung 25 zeigt, dass mehr als 90 Prozent der Gruppen Verbesserungspotenzial in ihrer Versorgungsregion sehen. Von keinem A-OQI Qualitätszirkel wurde bei dieser zusammenfassenden Frage angegeben, dass die Versorgung in der gesamten Region sehr gut ist.

Abbildung 25: Gesamtbeurteilung, Frage 7a



Darstellung: GÖG/BIQG

4.3 Verbesserungsvorschläge

Auf Basis der diskutierten Optimierungsmöglichkeiten konnten die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel abschließend Lösungsvorschläge/Verbesserungsmöglichkeiten angeben und diese mit Verantwortlichkeiten und Zeithorizont hinterlegen. Die einzelnen Lösungsvorschläge werden, wie auch bereits im letzten Jahr, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der A-OQI Qualitätszirkel direkt übermittelt. Die Koordination dieser Rückmeldungen wird von der ÖQMED übernommen.

Nachstehend sind die Ausführungen je Versorgungsregion im Originaltext gelistet.

Burgenland-Nord

- Kontrolle der Nachsorge aufgrund der Patientendaten (Verantwortlichkeit SV)
- Verbesserung der Rehabilitation und physiotherapeutischen Versorgung durch Kassenverträge mit den entsprechenden Gesundheitsberufen (z. B. Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten) (Verantwortlichkeit SV)
- teambildende regionale Veranstaltungen (Verantwortlichkeit SV, ÖÄK; Zeithorizont: die nächsten Monate)

Kärnten-Ost

- siehe Frage 5e: ärztliche Gespräche ausreichend honorieren (Verantwortlichkeit: Gesundheitspolitik)
- Vorsorgeuntersuchung erweitern (EKG, Nierenlabor) (Verantwortlichkeit: Gesundheitspolitik)
- vollständige Dokumentation von Befunden und Medikamenten elektronisch verpflichtend (Verantwortlichkeit: Gesundheitspolitik)

NÖ-Mitte

- siehe Frage 4a: Nikotinentwöhnung nicht ausreichend

NÖ-Waldviertel

- keine Impfbusse: teure Gegenveranstaltung zu Ordinationen
- ICD-Codierung nicht erwünscht, da keine Konsequenz und erhöhter Arbeitsaufwand
- mehr Kassenfachärztinnen und -ärzte (Innere Medizin, Neurologie)
- mehr Ausbildungsstellen
- mehr Medizin-Studienplätze

OÖ-Mühlviertel

- Community Nursing: Prävention, Erreichbarkeit, Koordination (Verantwortlichkeit: Land, Bund; Zeithorizont: mittelfristig)
- FA für Neurologie: Bezirk Rohrbach (Verantwortlichkeit: ÖGK)
- FA für Innere Medizin (2. Stelle in Bezirk Rohrbach) (Verantwortlichkeit: ÖGK)

OÖ-Traunviertel-Salzkammergut

- „Wir brauchen Hausärzte!“ (Verantwortlichkeit: ÖGK; Zeithorizont: zeitnahe)
- DMP Arteriosklerotische Erkrankungen (Verantwortlichkeit: ÖGK, ÖÄK; Zeithorizont: mittelfristig)
- Senkung der Arbeitsbelastung im KH (Verantwortlichkeit: KH-Träger; Zeithorizont: zeitnahe)
- Reduktion fachfremder Aufgaben für die FÄ im KH: Es fehlen im KH Bad Ischl FA für HNO und Neuro (Verantwortlichkeit: KH-Träger; Zeithorizont: mittelfristig).
- Verbesserung der Datenbasis (Verantwortlichkeit: ÖGK/Gesetzgeber; Zeithorizont: mittelfristig)
- Angebot für Diätologie: transparent: Wo? Wann? (Verantwortlichkeit: ÖGK; Zeithorizont: zeitnahe)
- Verordnung von PCSK9-Hemmern vereinfachen (Verantwortlichkeit: ÖGK; Zeithorizont: mittelfristig)

- Stärkung der Prävention durch stärkere Fokussierung und finanzielle Abgeltung (Verantwortlichkeit: Land OÖ; Zeithorizont: mittelfristig)
- strukturelle Nachsorge aller Insulte nach 3 Monaten im KH (Verantwortlichkeit: KH-Träger; Zeithorizont: mittelfristig)

Salzburg-Nord

- Optimierung der Medikamentencompliance mit Unterstützung der ÖGK (muss datenschutzkonform sein)
- Praxis-EDV: Decision-Support-Systeme, AI

Steiermark-Graz

- mehr Kommunikation
- mehr Gewicht auf Prävention

Steiermark-Östl. Obersteiermark

- Wir brauchen niedergelassene Neurologinnen und Neurologen.
- Ultraschall für Internistinnen und Internisten bezahlen
- Labor: HbA1c, LDL bezahlen
- Limitierung abschaffen
- EKG: Freischalten für Allgemeinmediziner:innen

Tirol-Osttirol

- Bewegungsangebote auf Kasse
- Info-App
- geringerer Selbstbehalt bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie
- Akutpsychologin bzw. Akutpsychologe, die bzw. der Hausbesuche machen kann – mobile Angebote

Tirol-Zentralraum

- Datenlage: Versorgungsleistung von AM (Verantwortlichkeit: Sozialversicherung; Zeithorizont: umgehend)
- Einbeziehung von Verstorbenen (idealerweise mit Todesursache) (Verantwortlichkeit: Sozialversicherung; Zeithorizont: umgehend)
- Alter miteinbeziehen (Verantwortlichkeit: Sozialversicherung; Zeithorizont: umgehend)

Vorarlberg Rheintal-Bregenzerwald

- Klärungsbedarf, wie die Zahlen zustande gekommen sind: warum unterdurchschnittlich?
- Zielvereinbarung; Compliance; Angst vor Statinen

Wien-Mitte-Südost

- besserer Befundaustausch (Verantwortlichkeit: alle; Zeithorizont: zeitnah)
- Anzahl der Kassenneurologinnen und -neurologen, Kasseninternistinnen und -internisten (Verantwortlichkeit: SV; Zeithorizont: sofort)
- HbA1C für alle 1x pro Jahr (Verantwortlichkeit: SV; Zeithorizont: gleich)
- Apotheken sollen „unkommentiert“ Medikament ausgeben! (Verantwortlichkeit: Apotheken; Zeithorizont: sofort)

Wien-Nordost

- peripherer Duplex sollte flächendeckend angeboten werden
- LDL in die Vorsorgeuntersuchung, HbA1C
- Diätberatungen / Neurologinnen und Neurologen fehlen! Schulungen
- Kampagne der Sozialversicherung / Stroke Units, um Insulte zu verhindern

5 Schlussfolgerung

Die im Rahmen des Ergebnisberichts 2023 erarbeiteten und angeführten Learnings bzw. Optimierungsbedarfe haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die Qualitätszirkel 2024 qualitativ hochwertig durchgeführt werden konnten. Diese Learnings sind dem Bericht 2023 zu entnehmen⁷. Hinsichtlich des Veranstaltungsformats wurde festgestellt, dass aufgrund der Erkenntnisse in Hinblick auf die Verlässlichkeit der Online-Teilnehmer:innen (trotz Anmeldung oft doch keine Teilnahme) bzw. des generell besseren Austausches bei einer Vor-Ort-Veranstaltung weiterhin vorrangig am bewährten Konzept der Durchführung in Präsenz festgehalten wird und Online-Veranstaltungen nur in Ausnahmefällen stattfinden sollen.

Die in den A-OQI Qualitätszirkeln präsentierten Daten werden als gut verständlich bewertet, jedoch gibt es hier noch Ergänzungsbedarf. Es werden zum Beispiel genauere Definitionen der präsentierten Indikatoren sowie auch statistische Kennzahlen oder internationale Vergleiche gewünscht.

Die Bewertung der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen durch die Teilnehmer:innen der A-OQI Qualitätszirkel fällt in vielen Bereichen eher negativ aus. Es wird zum Beispiel angegeben, dass verschiedene Bevölkerungsgruppen (z. B. benachteiligte Personen oder Personen mit Migrationshintergrund) (eher) nicht problemlos erreicht werden können.

In den Versorgungsregionen wird auch großer Handlungsbedarf bei der Aufklärung zu verschiedenen arteriosklerotischen Erkrankungen bzw. dem Angebot der Informationsweitergabe zu einem gesunden Lebensstil oder zu Bewegungs-/Ernährungs-/Nikotinentwöhnungsinitiativen gesehen. Weiters angegeben wird das unzureichende Angebot an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und Psychologinnen und Psychologen in den Regionen sowie an Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin.

Verbesserungspotenzial zeigt sich auch beim Thema Kooperation bzw. vernetztes Arbeiten. Hier wird angegeben, dass Initiativen zum vernetzten Arbeiten bzw. auch elektronische Kommunikationsmöglichkeiten und generell die Informationsweitergabe zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich nicht ausreichend vorhanden sind.

Diese ausgewählten kritischen Ergebnisse zeigen, dass jedenfalls Handlungsbedarf bzw. Verbesserungspotenzial in den Versorgungsregionen besteht, um eine reibungslose und adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen sicherzustellen.

Weiters muss das Thema der „qualitativ hochwertigen Daten im niedergelassenen Bereich“ umfassend bearbeitet werden, um die Qualität und Nachhaltigkeit der Ergebnisqualität im ambulanten/niedergelassenen Bereich zu erhöhen.

⁷ siehe [Ambulante Qualitätszirkel](#) [Zugriff am 14.03.2025]

Datenvoraussetzung

Im Gegensatz zu A-IQI fehlen wesentliche Daten zur umfassenden Abbildung der Krankheits-/Behandlungsverläufe. Um Themen für die A-OQI Qualitätszirkel festlegen zu können, muss vorab geklärt sein, ob für die jeweils erforderlichen Parameter/Indikatoren ausreichend valides Datenmaterial vorhanden ist oder ob gravierende Datenlücken bestehen.

Um den Erfolg der A-OQI Qualitätszirkel zu sichern und um valide Aussagen treffen zu können, sind **jedenfalls folgende Daten zur Verfügung zu stellen**, die je Krankheitsbild benötigt werden:

- spezifische Leistungen aus Spitalsambulanzen
- in Krankenhausambulanzen erbrachte Laborleistungen (z. B. Cholesterin, LDL, HbA1C, NBZ)
- vollständiger Überblick über die für das Projekt relevanten verordneten Medikamente (z. B. Medikamente unter der Rezeptgebührengrenze)
- Daten aus dem wahlärztlichen Bereich

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

Eine wesentliche Verbesserung wird hier die geplante Diagnosen- und Leistungsdokumentation im niedergelassenen Bereich sein.

6 Ausblick

Der gegenständliche Bericht wird den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten übermittelt. Weiters erhalten die jeweiligen Teilnehmer:innen der Qualitätszirkel die entsprechenden Verbesserungsvorschläge in zusammengefasster Form für die weitere Bearbeitung.

Für das Jahr 2025 wurde in der Projektgruppe A-OQI erneut – wie bereits in den Jahren 2021 und 2022 – das Thema „Diabetes mellitus Typ 2“ als Krankheitsbild ausgewählt. Dafür wird das Indikatorenset und die Grundpopulation wegen neuer Medikamente bzw. Indikationserweiterungen bestehender Medikamente neu definiert und für die Berechnung aufbereitet. Die neuerliche Auswahl dieses Krankheitsbilds soll dazu beitragen, die Entwicklung von Diabetes mellitus Typ 2 sowie der Versorgung der von dieser Krankheit betroffenen Patientinnen und Patienten über die Jahre beobachten zu können, Optimierungspotenzial zu identifizieren und zielgerichtet Maßnahmen zur Verbesserung zu setzen.

Quellen

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ambulante-Qualit%C3%A4tszirkel.html> [Zugriff am 08.05.2025]

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844899&portal=svportal> [Zugriff am 08.05.2025]

Anhang

Anhang 1: Definition der Qualitätsindikatoren zum Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“

Anhang 2: Feedbackfragebogen A-OQI Qualitätszirkel Arteriosklerotische Erkrankungen 2024

Anhang 3: Auflistung aller Ergebnisse der Freitextfelder des Fragebogens als Originalangaben

Anhang 1

Definition der Qualitätsindikatoren zum Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“



Qualitätszirkel Arteriosklerotische Erkrankungen

Definition Indikatoren – Indikator A

- **Fachärztliche Kontrolle 1x jährlich über einen Beobachtungszeitraum von 3 Jahren:**
 - **Ischämische Herzerkrankung (GP 1):** Kontakt bei Fachärzt:in für Innere Medizin (Kassen- und Wahlärzt:innen) oder Kontakt in Spitalsambulanz für Innere Medizin oder stationärer Aufenthalt auf einer Abteilung für Innere Medizin
 - **Ischämischer Schlaganfall (GP 2):** Kontakt bei Fachärzt:in für Neurologie oder Fachärzt:in für Neurologie und Psychiatrie (Kassen- und Wahlärzt:innen) oder Kontakt in Neurologischer Spitalsambulanz oder stationärer Aufenthalt auf einer Abteilung für Neurologie
- **Ausschlüsse:**
 - Patient:innen die in den ersten 3 Beobachtungsjahren verstorben sind
 - Patient:innen mit unbekanntem Wohnort
- **Datenquellen:** Abrechnungsdaten der Sozialversicherung (LEICON), Daten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und Daten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Definition Indikatoren – Indikator B

- **Laborparameter 1x jährlich über einen Beobachtungszeitraum von 3 Jahren:**
 - Gesamtcholesterin (Chol, HDL, LDL) oder LDL
und
 - HbA1c oder NBZ
- Die Laborleistung kann auch in einer Spitalsambulanz (Leistung „Labor Chemie“) durchgeführt werden.
- Bei stationären Aufenthalten – differenziert nach Grundpopulation - wird die Laborleistung im entsprechenden Jahr als erbracht angenommen:
 - GP 1: stationärer Aufenthalt auf Abteilung für Innere Medizin
 - GP 2: stationärer Aufenthalt auf Abteilung für Neurologie
- **Ausschlüsse:**
 - Patient:innen die in den ersten 3 Beobachtungsjahren verstorben sind
 - Patient:innen mit unbekanntem Wohnort
- **Datenquellen:** Abrechnungsdaten der Sozialversicherung (LEICON), Daten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und Daten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Definition Indikatoren – Indikator C

- **Therapie mit Lipidsenkern: Bezug von Lipidsenkern (ATC C10) an mindestens 3 unterschiedlichen Tagen pro Beobachtungsjahr über einen Zeitraum von 3 Beobachtungsjahren**
- **Ausschlüsse:**
 - Patient:innen, die in den ersten 3 Beobachtungsjahren verstorben sind
 - Patient:innen mit unbekanntem Wohnort
- **Datenquelle:** Abrechnungsdaten der Sozialversicherung (LEICON)

Definition Indikatoren – Indikator D

- **Ein Zweitereignis in einem Beobachtungszeitraum von 3 Jahren**
- **Zweitereignis GP 1 (ab 28 Tage nach Erstaufenthalt) und GP 2 (ab 14 Tage nach Erstaufenthalt):** stationäre Aufnahme mit Hauptdiagnose Herzinfarkt oder Hauptdiagnose Schlaganfall
- **Ausschlüsse:**
 - Patient:innen die in den ersten 3 Beobachtungsjahren verstorben sind
 - Patient:innen mit unbekanntem Wohnort
 - stationäre Aufnahme zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen oder zur Akutgeriatrie/Remobilisation
- **Datenquellen:** Abrechnungsdaten der Sozialversicherung (LEICON) und Daten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)
- **Risikoadjustierung:** Die Anzahl der Zweitereignisse wurde auf Bundesland- und Versorgungsregion-Ebene mit der Alters- und Geschlechtsverteilung der österreichischen Bevölkerung 2020 (Quelle: BIG) alters- und geschlechtsstandardisiert.

Anhang 2

Feedbackfragebogen A-OQI Qualitätszirkel Arteriosklerotische Erkrankungen 2024

Feedbackfragebogen A-OQI-Qualitätszirkel Arteriosklerotische Erkrankungen, Version 2024

Block 0: Statistische Angaben

Bitte wählen Sie die Versorgungsregion aus, die in diesem A-OQI-Qualitätszirkel betrachtet wurde:

☐ Burgenland-Nord	☐ Kärnten-Ost	☐ NÖ Mitte
☐ NÖ Waldviertel	☐ OÖ Mühlviertel	☐ OÖ Traunviertel-Salzkammergut
☐ Salzburg-Nord	☐ Steiermark Graz	☐ Steiermark Östl. Obersteiermark
☐ Tirol-Zentralraum	☐ Tirol-Osttirol	☐ Vorarlberg Rheintal-Bregenzerwald
☐ Wien-Mitte-Südost	☐ Wien-Nordost	

Wie viele Vertreter:innen der jeweiligen medizinischen Fachrichtung haben am A-OQI-Qualitätszirkel teilgenommen?

Ärztinnen/ Ärzte für Allgemeinmedizin	Fachärztinnen/ Fachärzte für Innere Medizin	Fachärztinnen/ Fachärzte für Neurologie bzw. Neurologie und Psychiatrie
--	--	---

Einleitung und Ausfüllhilfe – Feedbackfragebogen zum Thema „Arteriosklerotische Erkrankungen“

Bitte wählen Sie für die nachfolgenden Aussagen/Fragen **eine Antwort pro Frage** als Gruppenantwort aus.
Falls mehrere Antworten möglich sind, ist dies explizit angeführt.

Bei ausgewählten Fragen kann bei den Antworten zwischen „**der gesamten Versorgungsregion**“ und „**Teilen der Versorgungsregion**“ unterschieden werden. Das heißt: Wenn die Aussage nicht für die gesamte Versorgungsregion (VR) zutrifft, kann diese für Teile der Versorgungsregion bewertet werden. Wenn sie weder auf die gesamte VR noch auf Teile der VR zutrifft, bitte mit „Nein, überhaupt nicht“ beantworten.

Am Ende des Fragebogens finden Sie die Möglichkeit, konkrete Verbesserungsmöglichkeiten inkl. Verantwortlichkeit und Zeithorizont einzutragen.

Block 1: Indikatoren/Kennzahlen betreffend alle arteriosklerotischen Erkrankungen

		Gruppe stimmt voll und ganz zu	Gruppe stimmt eher zu	Gruppe stimmt eher nicht zu	Gruppe stimmt nicht zu
1a	Die präsentierten Auswertungen waren in der dargestellten Form gut verständlich.	☐	☐	☐	☐
1b	Die präsentierten Auswertungen waren ausreichend, um die regionale Versorgung einschätzen zu können.	☐	☐	☐	☐
1c	Die präsentierten Auswertungen haben den Wissenstand der Teilnehmer:innen bereichert.	☐	☐	☐	☐
1d	Welche zusätzlichen Auswertungen würden die Teilnehmer:innen benötigen?	Freitextfeld			

Block 2: Terminwahrnehmung und Erreichung der Patientinnen und Patienten

Würden nachfolgende Angebote dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten?							
		Gruppe stimmt voll und ganz zu	Gruppe stimmt eher zu	Gruppe stimmt eher nicht zu	Gruppe stimmt nicht zu	In der ganzen VR bereits implementiert	In Teilen der VR bereits implementiert
2a	Elektronische Erinnerung der Patientinnen/Patienten, sich einen Termin zu vereinbaren (z. B. per E-Mail oder SMS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2b	Elektronische Erinnerung (E-Mail/SMS) an den vereinbarten Termin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2c	Telefonische Erinnerung an den vereinbarten Termin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2d	Externe Ansprechperson aus dem Gesundheitswesen für die gesamte Termin-/Behandlungskoordination	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2e	Andere Angebote (bitte hier angeben)	Freitextfeld					

		Gruppe stimmt voll und ganz zu	Gruppe stimmt eher zu	Gruppe stimmt eher nicht zu	Gruppe stimmt nicht zu	Kann nicht beurteilt werden
2f	Die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in der Versorgungsregion können problemlos erreicht werden (z. B. sozioökonomisch benachteiligte Personen, Personen mit Migrationsgeschichte etc.).	☐	☐	☐	☐	☐

Block 3: Information

Sind die Patientinnen/Patienten mit arteriosklerotischen Erkrankungen in der Versorgungsregion hinsichtlich folgender Punkte informiert? <i>Bitte beantworten Sie die Punkte entweder für die gesamte Versorgungsregion oder für Teile der VR, falls über die gesamte VR keine Antwort möglich ist.</i> (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)		In der gesamten Versorgungsregion		In Teilen der Versorgungsregion ausreichend	Nein, überhaupt nicht	Keine Beurteilung möglich
		ausreichend	nicht ausreichend			
3a	Ursachen/Risikofaktoren/Folgen einer arteriosklerotischen Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐
3b	Notwendigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme/Kontrolluntersuchungen	☐	☐	☐	☐	☐

Block 4: Angebote und Maßnahmen für Patientinnen/Patienten und deren Angehörige

Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen/Patienten bzw. deren Angehörige angeboten? <i>Bitte beantworten Sie die Punkte entweder für die gesamte Versorgungsregion oder für Teile der VR, falls über die gesamte VR keine Antwort möglich ist.</i> (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)		In der gesamten Versorgungsregion			In Teilen der Versorgungsregion		Nein, überhaupt nicht	Keine Beurteilung möglich
		ausreichend und zeitgerecht	ausreichend, aber nicht zeitgerecht	nicht ausreichend	ausreichend und zeitgerecht	ausreichend, aber nicht zeitgerecht		
4a	Sekundärprophylaktische Maßnahmen zur Verhinderung eines Schlaganfall-Rezidivs (z. B. Hypertonie-Einstellung, Erreichung des LDL-Cholesterin-Zielwerts, Nikotinentwöhnung etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4b	Kontrolluntersuchungen nach der Erkrankung (Nachsorgeuntersuchung)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4c	Gezielte Suche nach kardiovaskulären Komorbiditäten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4d	Notwendige Präventivmaßnahmen durch Impfungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4e	Informationsangebote zu den verschiedenen arteriosklerotischen Erkrankungen (z. B. Schulungen, Broschüren etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4f	Initiativen bzgl. gesunden Lebensstils (z. B. Bewegungsangebote, gesunde Ernährung, ...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4g	Initiativen bzgl. Alkohol- und Nikotinentwöhnung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen/Patienten bzw. deren Angehörige angeboten? <i>Bitte beantworten Sie die Punkte entweder für die gesamte Versorgungsregion oder für Teile der VR, falls über die gesamte VR keine Antwort möglich ist.</i> (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)		In der gesamten Versorgungsregion			In Teilen der Versorgungsregion		Nein, überhaupt nicht	Keine Beurteilung möglich
		ausreichend und zeitgerecht	ausreichend, aber nicht zeitgerecht	nicht ausreichend	ausreichend und zeitgerecht	ausreichend, aber nicht zeitgerecht		
4h	Angebote in Bildungseinrichtungen hinsichtlich Ernährung/Bewegung/Risikovermeidung (für Kinder/Jugendliche)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4i	Einbindung von Angehörigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4j	Informationsveranstaltungen für Angehörige	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4k	Angebote zur Rehabilitation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4l	Angebote an Mobiler Hauskrankenpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4m	Angebote an Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeitern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4n	Angebote an Psychologinnen/ Psychologen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4o	Angebot an notwendigen Fachärztinnen/Fachärzten:							
	Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie/Neurologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4p	Angebot an spezifischen Krankenhauseinrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Wenn ja , welche? (bitte hier angeben)	Freitextfeld						
4q	Angebot an spezifischen REHA-Einrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4r	Angebot an ambulanter REHA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4s	Andere Angebote/Maßnahmen für Patientinnen/Patienten und deren Angehörige Bitte hier angeben:	Freitextfeld						

Block 5: Angebote für Ärztinnen/Ärzte

Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend für die Ärztinnen/Ärzte angeboten? <i>Bitte beantworten Sie die Punkte entweder für die gesamte Versorgungsregion oder für Teile der VR, falls über die gesamte VR keine Antwort möglich ist.</i> (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)		In der gesamten Versorgungsregion		In Teilen der Versorgungsregion ausreichend	Nein, überhaupt nicht	Keine Beurteilung möglich
		ausreichend	nicht ausreichend			
5a	Initiativen zum vernetzten Arbeiten (Vernetzung zwischen allgemeinmedizinischem und fachärztlichem Bereich, mit nicht ärztlichen Berufsgruppen, mit lokalen Initiativen etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
5b	Implementierung elektronischer Kommunikationsmöglichkeiten bzw. einer gemeinsamen Patientendokumentation unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen	☐	☐	☐	☐	☐
5c	Fort- und Weiterbildungsangebote für Ärztinnen/Ärzte	☐	☐	☐	☐	☐
5d	Fort- und Weiterbildungsangebote für weitere Gesundheitsberufe	☐	☐	☐	☐	☐
5e	Welche Angebote würden Sie sich für die Versorgungsregion als Ärztin/Arzt wünschen? Bitte hier angeben:	Freitextfeld				

Block 6: Kooperation

Die Informationsweitergabe zwischen den folgenden Stakeholderinnen und Stakeholdern / Organisationen funktioniert aus Sicht der Teilnehmer:innen problemlos: (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)		Gruppe stimmt voll und ganz zu	Gruppe stimmt eher zu	Gruppe stimmt eher nicht zu	Gruppe stimmt nicht zu	Funktioniert nur in einigen Teilen der Versorgungsregion problemlos	Kann nicht beurteilt werden
6a	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6b	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und den Spitälern/Ambulanzen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6c	zwischen den ambulanten Pflegediensten und niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6d	zwischen den niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und den Reha-Einrichtungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6e	Wäre die Einbindung von sonstigen Gesundheitsberufen (Sozialarbeiter:innen, mobile Pflege etc.) als Koordinationsstelle sinnvoll (z. B. zur Terminkoordination/-erinnerung)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Block 7: Gesamtbeurteilung

		In der gesamten Versorgungsregion sehr gut	Gut , aber es gibt in der gesamten VR Verbesserungspotenzial	Mangelhaft , es gibt hohes Verbesserungspotenzial in der gesamten VR	Schlecht , es sind umfangreiche Verbesserungen in der gesamten VR notwendig	In Teilen der VR sehr gut/gut; Verbesserungspotenzial punktuell gegeben
7a	Zusammengefasst: Wie ist die Versorgung von Patientinnen/Patienten auf Basis der präsentierten Daten und der heutigen Diskussion? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen!)	☐	☐	☐	☐	☐

Ergänzende Ausführung

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

Lösungsvorschläge/Verbesserungsmöglichkeiten	Verantwortlichkeit	Zeithorizont

Fragebogenentwicklung:
Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Zielsteuerung-Gesundheit
unter Mitarbeit des wissenschaftlichen Beirats und der Projektgruppenmitglieder A-OQI; September 2024.

Anhang 3

Auflistung aller Ergebnisse der Freitextfelder des Fragebogens als Originalangaben

Tabelle 1: **Frage 1d:** Welche zusätzlichen Auswertungen betreffend arteriosklerotische Erkrankungen würden die Teilnehmer:innen benötigen?

Rückmeldungen der Gruppen	
• Geschlecht • Altersgruppen • Indikator A: Kontrolle beim Allgemeinmediziner (AM) • Der Datenerfassungszeitraum sollte über 1,5 Jahre gehen; auch die Daten der kardiologischen und neurologischen Rehabilitation einbeziehen. • genauere Daten der regionalen Versorgung • genauere Definition der Daten • Häufigkeit des Besuchs bei der Internistin bzw. beim Internisten bei Diagnose Ischämischer Schlaganfall / Medikamente unter der Rezeptgebühr • internationaler Vergleich! • Wir haben uns gefragt, ob einige der in den Folien dargestellten Unterschiede wirklich statistisch signifikant sind, und meinten, dass die Aussagen in den Folien daraufhin überprüft werden sollten: Speziell aufgefallen sind uns Unterschiede zwischen Eisenstadt Stadt und Eisenstadt Umgebung, die wir uns logisch nicht erklären konnten, außer sie sind durch die teilweise kleinen Zahlen statistisch nicht signifikant (Eisenstadt Stadt: ASKL-Pat. ges.: 181, GP1: 121, GP2: 60, Eisenstadt Umgebung: ASKL-Pat. ges.: 501, GP1: 374, GP2: 127) • 1) Indikator A (Facharztkontakte): Hier schneidet Eisenstadt Stadt deutlich schlechter ab als Eisenstadt Umgebung, obwohl fast alle Fachärztinnen und Fachärzte ihre Ordinationen in der Stadt haben!? • 2) Indikator D (Zweitereignis): Hier schneidet Eisenstadt Stadt speziell bei der GP2 deutlich schlechter ab, hier sind die Fallzahlen aber eher klein! • 3) Indikator D (Zweitereignis): Hier schneidet in der GP2 Burgenland-Nord deutlich schlechter ab als Burgenland-Süd, obwohl Burgenland-Nord in den Parametern A (Facharztkontakte), B (Lipidkontrolle) und C (Versorgung mit Blutfettsenkern) immer besser abschneidet!?! (GP2 Burgenland-Nord: 548, Burgenland-Süd: 246) • Sollte sich unsere Vermutung bewahrheiten, dass die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind bzw. im Bereich der statistischen Schwankungsbreite liegen, dann halten wir es nicht für sinnvoll, die Zahlen auf Bezirksebene herunterzurechnen, sondern man sollte nur die Versorgungsregion betrachten!	• Relation Alter und Bevölkerungszahlen der Regionen und Bezirke • prozentuale Auswertung / Absolutzahlen • Altersstrukturen der Bezirke / bessere Aufschlüsselung • prozentualer Anteil in Pflegeheimen • Todesfälle einbeziehen • AM müssen miteinbezogen werden • Vergleich mit internationalen Daten • Häufigkeit der Patientenkontakte zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt (persönlich)

Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 2: **Frage 2e:** Würden nachfolgende Angebote dazu beitragen, dass alle Patientinnen und Patienten die empfohlenen Intervalle der notwendigen Kontrolluntersuchungen einhalten? – andere Angebote

Rückmeldungen der Gruppen	
• Info-App • Frage 2c: nicht praktikabel / Zeitproblem • Frage 2c: zeitlich nicht durchführbar; gesonderte Informationen in Seniorenheimen • Frage 2d: derzeit nicht möglich, wäre wünschenswert • DMP Arteriosklerotische Erkrankungen analog zu „Therapie Aktiv“ mit analogen Abrechnungsnummern • Herzinsuffizienz - DGKP (analog zu Herzmobil) • mit starker Anbindung an die Hausärztinnen und Hausärzte • Eigenverantwortung • Einladungen durch die Sozialversicherung zu Kontrolluntersuchungen	• Programme für chronische Patientinnen und Patienten, z. B. Disease-Management-Programme (DMP) • Erinnerungen sollten bevorzugt von den Ordinationen ausgehen, am besten automatisiert per SMS, Erinnerungen von zentraler Stelle (SV) nur ausnahmsweise bei längerer Nichteinhaltung von Nachsorgeterminen (z. B. Facharztkontakte, Blutabnahmen) • Pönalen bei Nichteinhalten des Termins: positive Erfahrung • Einführung eines DMP „Arteriosklerotische Erkrankungen“ • Stärkung der Allgemeinmedizin und Erhöhung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin • Entlastung der Allgemeinmediziner:innen mit Fachärztinnen und Fachärzten von Koordinationstätigkeit • systematische Nachkontrollen von Insulten nach 3 Monaten • solange Beziehung zur Ärztin / zum Arzt besteht • zentraler Terminkalender in der ELGA, aber mit Nennung der Ordination

Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 3: **Frage 4p:** Werden nachfolgende Maßnahmen in der Versorgungsregion flächendeckend und zeitgerecht für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige angeboten? – Angebot an spezifischen Krankenhauseinrichtungen; wenn ja, welche?

Rückmeldungen der Gruppen	
• Physiotherapie, Lipidambulanz und kardiologische und neurologische Spezialambulanz	• städtischer Bereich (Klagenfurt, Villach, Wolfsberg)

Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 4: **Frage 4s:** Andere Angebote/Maßnahmen, die für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige angeboten werden könnten

Rückmeldungen der Gruppen	
• AM zunehmend weniger • Ernährungsberatung • Nikotinentwöhnung • Cardio-vasive Trainings • Frage 4 l: Mangel an Kommunikation mit Mobiler Hauskrankenpflege; cave Erstverordnung der Pflege – Ärztin/Arzt nicht mehr informiert; Bedarf da!	• FA für Neurologie • Community Nursing • Herzgruppe – Bewegungsangebot • zu wenige Fachärztinnen und Fachärzte mit Kasse

Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 5: **Frage 5e:** Angebote, die Sie sich als Ärztin bzw. Arzt für Ihre Versorgungsregion wünschen

Rückmeldungen der Gruppen	
• ausreichende Kommunikation; Primary Health Care (PHC) zu niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten • Ändern des Modells der Hausärztin bzw. des Hausarztes, um in Kooperation attraktivere Arbeitsbedingungen für Junge zu schaffen • Frage 5a und 5b: Social Prescribing • Frage 5a: Psychologin bzw. Psychologe, Logopädinnen bzw. Logopäden, Sozialarbeit wenig Kommunikation (Ergotherapie usw.) • ELGA: Facharztbefunde; kostenfreie Nutzung; Qualitätszirkel forcieren • ELGA: funktionsfähig machen: Suchfunktion benutzerfreundlicher inkl. Ambulanzbefunde	• Allgemeinmedizin: mehr Hausärztinnen/-ärzte, bessere finanzielle Abgeltung • bessere Patientenlenkung • fachspezifische Zentren mit mehr Kapazität • Fortbildung für Ordinationsmitarbeiter:innen, Mobile Dienste • Messenger, gesicherte Leitung interdisziplinär • Wunsch nach einer interdisziplinären Plattform bzgl. der Betreuung von Risikopatientinnen und -patienten

Darstellung: GÖG/BIQG