



Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Verfasser:

Christian Melle, Udo Kardel, Pascal Wendel,
Dr. Alexander Pimperl, Martin Wetzel

Supervision:

Helmut Hildebrandt

1 Einführung

Die 2010 geschlossene Kooperation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit der OptiMedis AG, dem Medizinischen Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK) und der Gesundes Kinzigtal GmbH sieht die Erforschung, Weiterentwicklung und pilothafte Implementierung von Qualitätsindikatoren im ambulanten Sektor vor. Die KBV hat ein Set von 48 strukturiert entwickelten und konsentierten Qualitätsindikatoren für unterschiedliche Indikationen erarbeitet (AQUIK®-Set). Der Pilottest wurde in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal durchgeführt, einem populationsorientierten Vertrag zur Versorgung von 31.000 Versicherten der AOK Baden-Württemberg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK). Die Gesundes Kinzigtal GmbH und ihre Gesellschafter MQNK und OptiMedis AG planen, koordinieren und steuern die Versorgung dieser 31.000 Versicherten über alle Sektoren und alle Indikationen hinweg. Die OptiMedis AG verantwortet zudem das Datenmanagement und das Controlling sowie die

gesundheitsökonomischen Analysen der entsprechenden Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung aller medizinischen Leistungsbereiche (außer Zahnmedizin) der AOK- und LKK-Versicherten im PLZ-Bereich Kinzigtal. Diese Kompetenzen sowie eine praxisübergreifende IT-Vernetzung inklusive Patientenakte und eine Verwaltungssoftware für die Versorgungsprogramme bei der Gesundes Kinzigtal GmbH prädestinierten die drei Akteure als Partner der KBV bei der Durchführung des Projektes.

Die Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen des Projekts von September 2010 bis Juni 2013 in 16 ausgewählten Kinzigtaler Arztpraxen auf Praktikabilität geprüft. Anschließend wurden die Daten systematisch von der OptiMedis AG aufbereitet und analysiert.

Dieser Pilottest wurde in einem umfassenden Projektbericht gegenüber der KBV dokumentiert. Die Ergebnisse des Projektes werden in diesem Bericht zusammengefasst.

2 Ziele

Die Ziele der Projektpartner waren:

- ausgewählte Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus dem AQUIK-Set im Netzwerk von Gesundes Kinzigtal anhand echter Messwerte aus den Praxen erheben und deren Praxistauglichkeit prüfen
- Referenzwerte für zukünftige Auswertungen generieren
- Anhaltspunkte für die zukünftige technische Implementierung von Indikatoren-Systemen liefern
- Erfahrungen der am Projekt beteiligten Ärzte und ihren Umgang mit Qualitätsindikatoren im Praxisalltag erfassen

Hierdurch versprachen sich die Projektpartner wichtige Impulse für die Anwendung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren.

Neben diesen Hauptzielen hat Gesundes Kinzigtal das Projekt auch als Vorbereitung der Arztpraxen bzw. von Praxisnetzen auf eine mögliche Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gesehen. Eine Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 87b Abs. 2 und 4 SGB V) ist mit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes möglich geworden. Dies zieht ein eigenes Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Betracht. Die entsprechende Rahmenvorgabe der KBV zur Anerkennung von Praxisnetzen beinhaltet u. a. die Einführung und Überprüfung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren.

3 Erläuterung der Datenbankstruktur und Umsetzung

In den 16 teilnehmenden Arztpraxen wurden Kommunikationsserver mit Extraktionsmodulen (TurboMed-xADT-Schnittstelle oder selbst entwickeltes PVS-spezifisches Exportmodul) eingerichtet, um die technischen Rahmenbedingungen für das Projekt zu schaffen. Über diese Module wurden die Daten aus der Praxisverwaltungssoftware (PVS) ausgelesen und in einer lokalen SQL-Datenbank verschlüsselt abgelegt. Um den Aufwand zu reduzieren, wurde der Schwerpunkt auf die vier in Gesundes Kinzigtal am häufigsten verwendeten Verwaltungssysteme (TurboMed, MCS Isynet, M1, S1/S3) gelegt.

Für die statistischen Analysen und das Qualitätsreporting wurden in einem zweiten Schritt die in der lokalen SQL-Datenbank vorhandenen Daten in ein XML-Format exportiert und an die OptiMedis AG in pseudonymisierter Form übermittelt. Dafür wurde für jeden Patienten ein praxisübergreifendes eindeutiges Pseudonym generiert. Auf diese Weise können die Behandlungsdaten eines Patienten pseudonymisiert über alle Ärzte hinweg analysiert werden, ohne dass ein Rückschluss auf den „echten“ Patienten möglich ist. Folgende Daten wurden an die OptiMedis AG übermittelt: Diagnosen, Medikation, Leistungsabrechnungen, Arbeitsunfähigkeit (AU), Patienten-Stammdaten, Gewicht und Größe des Patienten, EKG, Blutdruck, klinische Befunde, Laborbefunde, Zytolo-

giebefunde, Fremdbefunde, Krankenhauseinweisungen und Überweisungen.

Die XML-Daten wurden dann einer technischen und inhaltlichen Rohdatenüberprüfung unterzogen. Dabei wurden die Daten auf Vollständigkeit, Validität, Konsistenz, Semantik und Syntax überprüft und bewertet. Zusätzlich wurden in einigen Praxen Testpatienten mit allen relevanten Parametern für die Erfassung der Qualitätsindikatoren angelegt und analysiert. Die Ergebnisse der Überprüfungen wurden u. a. dazu verwendet, die Extraktions-Routine zu verbessern bzw., wenn nötig, entsprechende Bereinigungen¹ durchzuführen. Dadurch konnte die Datenqualität schrittweise erhöht werden. Die aufbereiteten XML-Daten wurden dann in eine Basisdatenbank importiert.

Anschließend erfolgte eine weitere Aufbereitung und Übertragung der Daten in die analytische Datenbank (inklusive Modellierung und Erstellung eines OLAP-Cubes). Aufgrund der umfangreichen Vorberechnungen in dieser Prozessstufe (z. B. wurden die Patienten für Zähler und Nenner von komplexen AQUIK-Indikatoren über SQL-Abfragen bereits vormodelliert) reduzierte sich der Aufwand. Gleichzeitig erhöhte sich die Berechnungsgeschwindigkeit bei der Auswertung im Frontend für den Analytisten.

¹ Z. B. wurden Dubletten, Diagnosen ohne ICD, Datensätze ohne Datumsangabe, Verordnungen ohne PZN, unplausible Daten (z. B. Größe > 300 cm, Gewicht > 500 kg) herausgefiltert und mit der Ausprägung „unbekannt“ versehen, systolischer und diastolischer Blutdruck in die richtige Reihenfolge gebracht, Dauerdiagnosen bei jeder Einzeldiagnose-Vergabe aktiviert, AU-Daten mit einer evtl. vorhanden Folge-AU zu einer einzigen AU zusammengefasst.

4 Ergebnisauswertung

4.1 Methodisches Vorgehen

Zu Beginn des Projektes wurden 33 AQUIK-Indikatoren ausgewählt, die die Ärzte der Projektgruppe als besonders relevant bewerteten. Die Auswahl umfasste die Bereiche Arterielle Hypertonie, Epilepsie, gynäkologische Indikatoren, Harninkontinenz, Herzinsuffizienz, Impfen, Kreuzschmerz, Querschnittsthemen, rheumatoide Arthritis und Vorhofflimmern. Bei der Überprüfung der für diese 33 Indikatoren notwendigen Datenfelder stellte sich heraus, dass einige der Indikatoren nicht implementiert werden konnten. Die Hauptursache dafür war, dass die für die Datenerhebung notwendigen Informationen im PVS-System bis heute nicht strukturiert erfasst werden, z. B. Beratungsgespräche für Raucherentwöhnungsprogramme, die regelmäßige Erfassung des Raucherstatus oder die Erhebung der Besprechungen zu kritischen Ereignissen in der Praxis. Da diese nicht über eine EBM-Ziffer oder etwas ähnlich Eindeutiges erfasst werden, hat der Arzt zurzeit nur die Möglichkeit, sie in einem Freitext in seinem Verwaltungssystem zu vermerken. Dieser Freitext lässt sich aber im Datawarehouse nicht zuverlässig maschinell auswerten.

Daraufhin wurden alle Indikatoren nochmals auf ihre Umsetzbarkeit hin überprüft und 13 von ihnen als geeignet bewertet.

Nachdem analysiert worden war, welche Parameter aus dem PVS erhoben werden können, wurden die Datendefinitionen zur Berechnung der Indikatoren festgelegt. Dies betrifft Parameter zu den Diagnosen/ICDs und den Abrechnungsziffern/EBM-Ziffern, aber auch detailliertere Informationen wie Vitalparameter (Blutdruck und Gewicht) oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Um die Dokumentationsqualität in den Testpraxen, insbesondere im Bereich der Vitalparameter, zu erhöhen, war es wichtig, dass die beteiligten Testpraxen – und zukünftig alle Netzpraxen von Gesundes Kinzigtal – die betreffenden Daten nach demselben Schema in ihrem PVS erfassen. Nur so kann eine ausreichende Standardisierung erreicht werden, die notwendig ist, um aussagekräftige Indikatoren zu erhalten. Zu diesem Zweck wurde eine mehrstündige Schulung des Praxispersonals hinsichtlich der Dokumentation in dem PVS Turbomed durchgeführt. Den Arztpraxen wurde eine kurze Dokumentationsanleitung für die behandelten Themen zur Verfügung gestellt, wodurch die Nachhaltigkeit der Schulungsinhalte sichergestellt werden konnte.

4.2 Ergebnisse der Implementierung der Indikatoren

Im Weiteren wurde bei allen Indikatoren überprüft, ob sie umgesetzt werden können, d. h., ob jeweils die erforderlichen Daten vorhanden waren sowie der Indikator gebildet und ausgewertet werden konnte. Die Einteilung in die vier folgenden Kategorien ermöglicht einen Überblick über die verschiedenen Gründe für die Umsetzung bzw. Nicht-Umsetzung der Indikatoren.

Kategorie A: Indikator wurde umgesetzt.

Kategorie B: Indikator wurde nicht umgesetzt. Die erforderlichen Daten waren zwar im PVS vorhanden, die Programmierung der Berechnung des Indikators war jedoch zu aufwändig oder konnte aus anderen Gründen nicht durchgeführt werden.

Kategorie C: Indikator wurde nicht umgesetzt. Es gibt keine Standardisierung der Dokumentation im PVS (Dokumentation von Beratungsge-

sprächen, anamnestische Angaben etc.). Für eine Umsetzung wäre ein einheitlicher Standard für Kürzel notwendig, die im PVS eingegeben und im Anschluss maschinell ausgewertet werden können.

Kategorie D: Indikator wurde nicht umgesetzt. Die Daten sind im PVS vorhanden, wurden aber nicht ausgelesen, z. B. Raucherstatus. Durch eine Erweiterung der Export-Schnittstelle könnten diese Indikatoren umgesetzt werden.

4.2.1 Indikatoren Kategorie A

Die Kategorie A umfasst folgende 11 Indikatoren, die im Rahmen des Projektes umgesetzt wurden:

► Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung

- Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen 30 Tage nach der Erstverschreibung einer ADHS-Medikation eine Wiedervorstellung stattfand.
- Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit ADHS und einer ADHS-Medikation innerhalb der letzten 12 Monate, deren Patientenakte zwei Folgekontakte im Jahr dokumentiert.

► Arterielle Hypertonie

- Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit Bluthochdruck, deren Blutdruck mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate kontrolliert und dokumentiert wurde.
- Anteil der Hypertoniker im Alter ab 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mit Erreichen eines normalen Blutdrucks (Normotonie).
- Die Praxis kann eine Liste aller Patienten mit Bluthochdruck erstellen.

► Herzinsuffizienz

- Anteil der Arztbesuche mit dokumentierter Gewichtsbestimmung für Patienten ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate.

► Kreuzschmerz

- Anteil der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate und einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 14 Tagen.

► Impfen

- Anteil der Patienten ab einem Alter von über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits erhielten.
- Anteil der Patienten im Alter von unter 50 Jahren, die sich innerhalb der letzten 12 Monate in der Praxis vorstellten, in deren Patientenakte ein Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung enthalten ist.

► Querschnittsthemen

- Anteil der Patienten ab 45 Jahren, die sich aus beliebigen Gründen innerhalb der letzten 12 Monate vorstellten, deren systolischer und diastolischer Blutdruck mindestens einmal im Jahr gemessen wurde.

► Rheumatoide Arthritis

- Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit einer neu diagnostizierten rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate, die mindestens eine Therapie mit einem krankheitsmodifizierenden anti-rheumatischen Medikament innerhalb der letzten 12 Monate erhielten.

Anhand von zwei Beispielkennzahlen für die Indikation „Arterielle Hypertonie“ soll die Erhebung und Auswertung des AQUIK-Qualitätsindikators dargestellt werden. Die Ergebnisse für die übrigen Indikatoren der Kategorie A finden sich im Anhang.

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Hinweise zum Verständnis der Diagramme in den Auswertungen

Die Balken (Sparklines) vor dem Wert visualisieren dessen Entwicklung über einen Zeitraum – hier die letzten acht Quartale, wobei der Abstand bei Jahreswechseln zur besseren Übersicht vergrößert wurde. Der letzte Balken steht für den jeweils angezeigten Zahlenwert. Die Pfeilkennzeichnung hinter dem Wert zeigt an, dass in der Entwicklung des Wertes ein statistisch signifikanter Trend festgestellt werden konnte (F-Test).

	3. Quartal 2012
Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Quote	57,0% →
Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Zähler	353 →
Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Nenner	619 →

► Arterielle Hypertonie

a) Blutdruckkontrolle

Indikator	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit Bluthochdruck, deren Blutdruck mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate kontrolliert und dokumentiert wurde								
Umgesetzt	Ja <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>3. Quartal 2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Quote</td> <td>57,0% →</td> </tr> <tr> <td>Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Zähler</td> <td>353 →</td> </tr> <tr> <td>Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Nenner</td> <td>619 →</td> </tr> </tbody> </table>		3. Quartal 2012	Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Quote	57,0% →	Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Zähler	353 →	Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Nenner	619 →
	3. Quartal 2012								
Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Quote	57,0% →								
Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Zähler	353 →								
Arterielle Hypertonie - Blutdruckkontrolle - Nenner	619 →								
Verwendete Daten	Diagnosen, Blutdruckmessung, Patientenalter								
Nenner	Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose Bluthochdruck (ICD-Code) und im Alter von ≥ 18 Jahren Kriterien: Diagnose-ICDs I10.00 - I13.91, I15.00 - I15.91 Alter ≥ 18 Jahre								
Zähler	Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Blutdruckmessung mindestens einmal innerhalb der letzten 6 Monate erfolgt Kriterien: Diagnose-ICDs I10.00 - I13.91, I15.0 - I15.91 Alter ≥ 18 Jahre Blutdruckmessung innerhalb der letzten 6 Monate								

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

b) Normotonie

Indikator	Anteil der Hypertoniker im Alter ab 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mit erreichter Normotonie								
Umgesetzt	<p>Ja</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>3. Quartal 2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arterielle Hypertonie - Normotonie - Quote</td> <td> 14,5% →</td> </tr> <tr> <td>Arterielle Hypertonie - Normotonie - Zähler</td> <td> 103 →</td> </tr> <tr> <td>Arterielle Hypertonie - Normotonie - Nenner</td> <td> 708 →</td> </tr> </tbody> </table>		3. Quartal 2012	Arterielle Hypertonie - Normotonie - Quote	14,5% →	Arterielle Hypertonie - Normotonie - Zähler	103 →	Arterielle Hypertonie - Normotonie - Nenner	708 →
	3. Quartal 2012								
Arterielle Hypertonie - Normotonie - Quote	14,5% →								
Arterielle Hypertonie - Normotonie - Zähler	103 →								
Arterielle Hypertonie - Normotonie - Nenner	708 →								
Verwendete Daten	Diagnosen, Blutdruckmessung, Patientenalter								
Nenner	<p>Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate im Alter ≥ 18 mit der Diagnose arterielle Hypertonie (ICD-Code)</p> <p>Kriterien: Diagnose-ICDs I10.00 - I13.91, I15.00 - I15.91 Alter ≥ 18 Jahre</p>								
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: erreichte Normotonie ($\leq 140/90$ mmHg) innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p>Kriterien: Diagnose-ICDs I10.00 - I13.91, I15.0 - I15.91 Alter ≥ 18 Jahre Blutdruckmessung innerhalb der letzten 6 Monate</p>								

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

4.2.2 Indikatoren Kategorie B

In diese Kategorie fallen die Indikatoren, die nicht umgesetzt wurden, technisch aber möglich gewesen wären. Die Ursachen für die Nichtumsetzung der sechs Indikatoren waren unterschiedlich, z. B. waren die vorhandenen Daten im PVS nicht ausreichend oder die Programmierung der Berechnung des Indikators war zu aufwändig.

Beispiel: „Arzneimitteltherapiesicherheit – Orale Antikoagulation“

Indikator	Anteil der Patienten unter dauerhafter oraler Antikoagulation innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen mindestens eine INR-Wert-Bestimmung alle 6 Wochen erfolgte
Umsetzung	Nein
Bemerkungen	Obwohl alle Daten für die Umsetzung vorhanden waren, wurde der Indikator nicht umgesetzt, da die Programmierung des Zählers sehr aufwändig gewesen wäre und den zeitlichen Rahmen überschritten hätte. Das Problem liegt in der Berechnung der Zeitabstände zwischen den einzelnen INR-Wert-Bestimmungen mit anschließender Bewertung auf Überschreitung der 6 Wochen. Erschwert wird die Berechnung durch die große Datenmenge, die verarbeitet werden muss.
Nenner	Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate unter dauerhafter oraler Antikoagulation (ICD-Code)
Zähler	Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Es erfolgte mindestens eine INR-Wert-Bestimmung alle 6 Wochen.

4.2.3 Indikatoren Kategorie C

Indikatoren dieser Kategorie konnten nicht umgesetzt werden, da die nötigen Daten nicht standardisiert im PVS dokumentiert werden. In diese Kategorie fällt die Mehrheit der Indikatoren. Das betrifft vor allem die notwendigen Informationen zur Bildung dieser Indikatoren, wie durchgeführte Beratungsgespräche zu verschiedensten Themen sowie anamnestische und weitere Angaben.

Für eine Umsetzung wäre ein einheitlicher Standard für Kürzel, die im PVS verwendet werden und maschinell auswertbar sind, notwendig.

Beispiel: „Arterielle Hypertonie – Beratung Risikofaktoren“

Indikator	Anteil der Patienten mit Bluthochdruck innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen eine Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren in der Patientenakte dokumentiert ist
Umsetzung	Nein
Bemerkungen	Eine Dokumentation von Beratungsgesprächen ist in den verfügbaren Daten nicht enthalten und wird auch nicht standardisiert im PVS erfasst.
Nenner	Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose (primärer) Bluthochdruck (ICD-Code)
Zähler	Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Es erfolgte Beratung zu veränderbaren Risikofaktoren innerhalb der letzten 12 Monate.

4.2.4 Indikatoren Kategorie D

Zwei Indikatoren wurden nicht umgesetzt, da sie in der PVS-Exportschnittstelle nicht berücksichtigt worden sind, obwohl die Daten im PVS vorhanden waren (z. B. Raucherstatus).

Durch eine Erweiterung der Exportschnittstelle könnten diese Indikatoren umgesetzt werden.

Beispiel: „Querschnittsthemen – Raucherstatus“

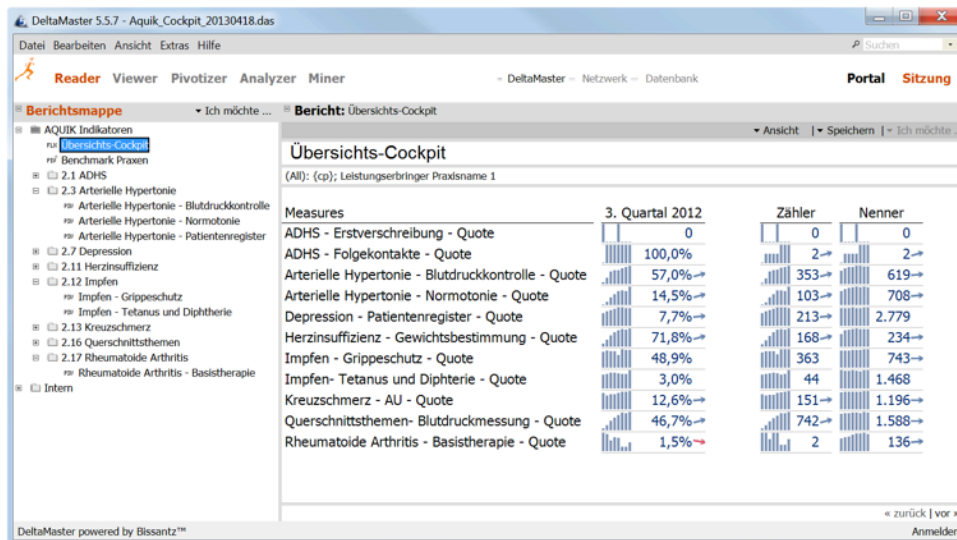
Indikator	Anteil der Patienten ab 12 Jahren, die sich während der letzten 24 Monate vorstellten und deren Raucherstatus während der letzten zwei Jahre mindestens einmal erhoben und dokumentiert wurde
Umsetzung	Nein
Bemerkungen	Eine Dokumentation des Raucherstatus ist in den verfügbaren Daten nicht enthalten, diese könnte aber durch eine Anpassung der Schnittstelle umgesetzt werden.
Nenner	Liste aller Patienten mit einer Vorstellung in der Praxis innerhalb der letzten 24 Monate und im Alter von ≥ 12 Jahren
Zähler	Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Eine Erhebung und Dokumentation des Raucherstatus innerhalb der letzten 24 Monate ist erfolgt.

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

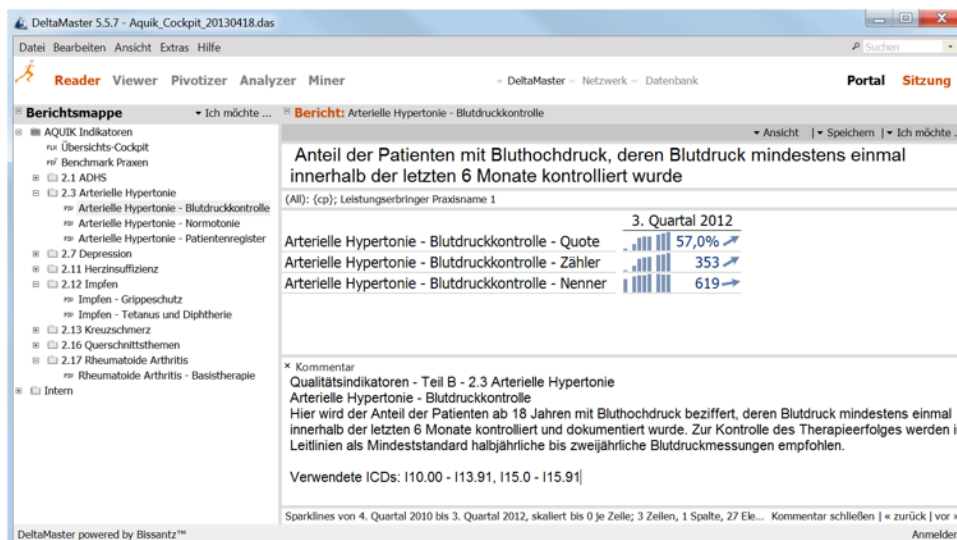
4.3 Aggregierter Auswertungsbericht

Für die Auswertung der einzelnen Kennzahlen wurde für jede Praxis eine individuelle Berichtsmappe mit ihren Werten zur Verfügung gestellt. Hierfür wurde die Software Deltamaster der Firma Bissantz & Company GmbH (www.bissantz.de) eingesetzt.

Nach dem Öffnen der Mappe befindet sich der Arzt im Übersichtscockpit, in dem er einen Überblick über die Kennzahlen seiner Praxis erhält.



Durch einen Mausklick auf eine Kennzahl oder den Berichtsnamen in der linken Baumansicht öffnet sich der Detailbericht mit Ausweis des Nenners und Zählers sowie Erläuterungen zur Ermittlung der jeweiligen Kennzahl.



4.4 Erfahrungswerte der Ärzte

Ergebnis der Fragebogenauswertung

Im Rahmen des Projektes wurden die beteiligten Ärzte befragt. Der Fragebogen enthielt zwölf offene und zwei geschlossene Fragen bzw. Thesen allgemein zu AQUIK, zur Anwendung von Kennzahlen in der Praxis und zur Handhabung des Auswertungsberichts für die Arztpraxen.

Die Ergebnisse der Fragebogenauswertung lassen darauf schließen, dass die Teilnehmer die Anwendung von Qualitätsindikatoren positiv sehen. Die knappe Mehrheit der Befragten hält sie für ein nützliches Instrument zur Qualitätsmessung. Aber nicht nur für die Arztpraxis, sondern auch für den Patienten kann nach Ansicht der Befragten die Einführung von Qualitätsindikatoren in Zukunft ein wichtiges Auswahlkriterium darstellen: Die Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass Kennzahlen eine Entscheidungsgrundlage bei Patienten für die Wahl des Hausarztes sein könnten.

Die wenigsten Arztpraxen haben jedoch bisher aufgrund der Auswertungen Maßnahmen für die Behandlungspraxis abgeleitet und vorgenommen. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Befragten noch ein hohes Fehlerpotenzial bei der Erhebung und Auswertung der Daten sehen. Bei diesen Praxen könnte die Datenqualität der erhobenen Kennzahlen noch nicht ausreichend gut sein, um ein realistisches Bild des Praxisalltags widerzuspiegeln.

Die Mehrheit der Befragten widmete sich mehr als drei Stunden dem individuellen Auswertungsbericht, was ebenfalls ein Indiz dafür ist, dass Qualitätsindikatoren einen wichtigen Stellenwert bei den Praxen einnehmen.

Welches Kriterium für die Ärzte bei der Auswahl einer Kennzahl am wichtigsten ist, stellt das folgende Ranking nach Häufigkeit der Nennungen (1. = am häufigsten) dar:

1. Aussagekraft des Indikators
2. kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand
3. einfache Berechnung/Verständlichkeit des Indikators
4. zukünftige Bedeutung des Indikators
5. Thema des Indikators

Über den AQUIK-Katalog hinaus sehen die befragten Ärzte für die Weiterentwicklung der Kennzahlen die Themen Shared Decision Making (SDM), also die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient, sowie Diabetes mellitus als relevant an. Für die bereits bestehenden Indikatoren zu Epilepsie sollte als Ergänzung noch die Subkategorie „Fahreignung“ aufgenommen werden.

Zu den Qualitätsindikatoren für das Praxismanagement wurde im Einzelfall bemerkt, dass diese im Rahmen der QEP-Zertifizierung der Praxen als erfüllt gelten sollten.

Implementierung, Prüfung und Bewertung der AQUIK-Indikatoren

Kommentar von Martin Wetzel, Ärztlicher Projektkoordinator und Vorstandsvorsitzender des MQNK, Auszüge

Es gibt mittlerweile genügend und valide Argumente dafür, dass der ambulante Versorgungsbereich eine zentrale Stellschraube für gutes Gesundheitswesen definiert, im Besonderen bei integrierten und sektorenübergreifenden Konzepten. Neben der Aufgabe, Ambulant und Stationär besser aufeinander abzustimmen und die Schnittstellen der Behandlung zu definieren, sind wir der Ansicht, dass wir noch mehr dafür tun können und müssen, die Qualität unserer Leistungen transparent, vergleich- und nachvollziehbar offenzulegen und somit unsere Forderung nach leistungsgerechter Vergütung inhaltlich wie formal aussagekräftig zu begründen. **Wir müssen darstellen, dass wir in der Lage sind, gute Qualität abzuliefern.** Qualität steht dabei für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

In der Einführung des Ergebnisberichts der KBV zum AQUIK-Projekt wird konstatiert, dass in einem zunehmend wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem und der damit einhergehenden Weiterentwicklung der Vertrags- und Versorgungsstrukturen qualitätsbezogene Aspekte einen immer höheren Stellenwert einnehmen [werden]. In der Praxis hat diese richtige Erkenntnis allerdings noch nicht wirklich Zustimmung gefunden – in der Ärzteschaft ist Qualität als Wettbewerbsfaktor kaum etabliert, denn Begriffe wie Effizienzmessung, schlimmer noch Ineffizienz, rufen bei vielen Unbehagen bzw. Widerspruch hervor. Dabei geht es doch zunächst nur um die Darstellung der von uns tagtäglich abgelieferten Behandlungsleistungen.

Hierfür sind die vorliegenden AQUIK-Indikatoren eine grundsätzliche Hilfe, zum einen zur Darstellung der ärztlichen Behandlungsqualität (sowohl bezogen auf die einzelne Praxis als auch in Verbundsystemen/Netzwerken). Qualität bezieht sich dabei auch auf Qualitätsbemühungen allgemein und auf Optimierung. Zum anderen wird so auch ein Benchmark-Prozess initiiert, im Sinn von Lernen von den Besten, um selbst besser oder sogar Bester zu werden.

Bei der Bewertung und Erprobung des AQUIK-Sets in der täglichen Praxisarbeit, wie auch beim Versuch, diese während der Vorbereitung auf die Re-Zertifizierung soweit möglich in QEP® zu integrieren, sind wir aber auch immer wieder an Grenzen gestoßen. Dies gilt insbesondere für die Frage der zeitlichen Beanspruchung und für die Frage, ob sich der Aufwand wirklich lohnt.

Sicher scheint, dass eine breite Zustimmung und Bereitschaft für die Anwendung der AQUIK-Indikatoren nur dann zu erwarten ist, wenn die Ermittlung/Berechnung der gesetzten Indikatoren möglichst ohne, allenfalls mit einem eng begrenzten zusätzlichen Zeit- und Ressourcenaufwand von den Praxen bewerkstelligt werden kann, d. h., sie müssen überwiegend „automatisiert“ aus dem elektronischen Praxisverwaltungssystem ermittelt werden können. Dies erfordert in der einzelnen Praxis eine elektronische Dokumentationsroutine, gerade in Bezug auf Diagnosen, Arzneimittel, Führung eines aktuellen Medikamentenplans, AU-Zeiten usw., da andernfalls die Bezugs-/Be-

rechnungsgrößen für die Ermittlung der Qualitätsindikatoren nicht verfügbar sein werden. Ob bei einer optimalen Dokumentation dann allerdings auch die einzelnen Indikatoren einfach berechnet werden (können), ist zu bezweifeln, denn das erfordert doch profunde Anwendungskenntnisse und einiges an Zeit.

In einem Netzwerk, das eine eigene EDV-Infrastruktur hat, scheint die Ermittlung/Berechnung der Qualitätsindikatoren grundsätzlich einfacher möglich zu sein, zumindest für die einzelne Praxis ohne zusätzlichen Zeitaufwand, wenn die erforderlichen Dokumentationsroutinen in den PVS konsistent festgelegt und umgesetzt werden. Hierfür bedarf es einer beständigen kollegialen Kommunikation und Interaktion (bspw. in Qualitätszirkeln). In jedem Fall müssen auch die Praxismitarbeiter von Anfang an mit eingebunden und entsprechend für die Aufgaben geschult werden.

Zusammenfassende Empfehlungen zur Förderung der Erhebung und Akzeptanz von Qualitätsindikatoren:

- Einstieg über existierende Ärztenetze mit gemeinsamer Softwarelösung und funktionierender kollegialer Kommunikation und Interaktion
- Aufwandsentschädigung des Ärztenetzes, z. B. über den § 87b, und Berücksichtigung, dass tatsächlich, vor allem anfänglich, erheblicher Aufwand entsteht
- Ermöglichung, dass die Praxis und das Netz mit der Teilnahme an dem Qualitätsindikatoren-Benchmarking-Projekt für das eigene Qualitätsmanagement werben dürfen
- Eine direkte ökonomische Verknüpfung der Qualitätsindikatoren-Ergebnisse sollte eher nicht auf der Ebene der einzelnen Praxis angedacht werden, sondern unter Umständen besser als eine P4P-Lösung auf der Mesoebene des Netzes.

5 Fazit

Die formulierten Zielsetzungen der Projektkooperation konnten zum großen Teil erfüllt werden. In der Projektlaufzeit wurde eine Infrastruktur entwickelt, die es ermöglicht, medizinische Daten aus den PVS zu sammeln und so aufzubereiten, dass Qualitätsindikatoren aus dem AQUIK-Set damit berechnet, ausgewertet und sowohl in einem Bericht für die einzelne Praxis als auch in einem Benchmarking-Bericht dargestellt werden können. Mit der zum jetzigen Zeitpunkt erreichten Qualität der extrahierten Daten aus den Arztpraxen ist ein Status erreicht worden, der unseres Wissens in Deutschland so umfangreich bisher noch nirgendwo umgesetzt wurde. Mit diesem Pilotprojekt konnten wichtige Erkenntnisse hinsichtlich der Qualitätsmessung in Arztpraxen und Ärztenetzen gewonnen werden. Obwohl die Entwicklungsstruktur im Kinzigtal im Vergleich zur Normalsituation außerordentlich privilegiert ist, konnten jedoch nicht alle Projekterwartungen erfüllt werden. Nur zu einem gewissen Umfang ist es gelungen, eine wirklich plausible Abbildung des Qualitätsstatus zu ermöglichen und daraus auch konkrete Handlungsempfehlungen für die Anwendung von Qualitätsindikatoren im ambulanten Sektor abzuleiten. So war die Datenqualität einiger Qualitätsindikatoren noch nicht ausreichend belastbar, um Erkenntnisse zu Referenzwerten für zukünftige Auswertungen zu gewinnen.

Folgende Schlüsse ziehen wir daraus:

1. Mehrheitlich bieten die bereits vorhandenen PVS die Möglichkeit, medizinische Daten wie Vitalparameter, Risikofaktoren, Sozialanamnese und Diagnosen in unterschiedlichen Feldern der Oberfläche zu dokumentieren. Viele Ärzte, zumindest in den Einzelpraxen, scheinen eine eigene

Erhebungsroutine entwickelt zu haben, die für sie selbst am einfachsten und schnellsten erscheint. Für eine komplexe elektronische Datenauswertung mit einem programmierten Algorithmus ist dies eine große Herausforderung. Hier müssen noch Wege über eine intrinsische bzw. extrinsische Motivation gefunden werden, um eine ausreichende Sorgfalt und Standardisierung in der Dokumentation zu gewährleisten.

2. Eine weitere Problematik liegt in der technischen Fehleranfälligkeit bei der noch unausgereiften Datenabrufbarkeit. Im Laufe des Projekts konnte die Datenqualität durch mehrere Fehleranalysen verbessert werden. Allerdings blieb die Datenmenge über die Quartale verteilt so unregelmäßig, dass nicht von einem konventionellen Schwankungsbild im Praxisalltag, sondern von Defiziten der eingesetzten Schnittstellen ausgegangen werden muss. Dies bestätigen auch die teilnehmenden Testpraxen bei der Sichtung der Auswertungen.

3. Aufgrund dieser Erfahrung haben sich das Ärztenetz MQNK, die Gesundes Kinzigtal GmbH und die OptiMedis AG in einen aufwändigen Entwicklungsprozess mit der Compugroup Medical AG (CGM) für eine besser funktionsfähige und tiefer in die PVS integrierte Software begeben (CGM NET® powered by OptiMedis AG). Ein erster Test auf Basis der Daten aus dem ersten Quartal 2013 von Gesundes Kinzigtal zeigte eine deutlich bessere Datenvalidität.

Für Ärzte (v. a. in Einzelpraxen) besteht bisher kein entscheidender Anreiz, die für die Erhebung von Qualitätsindikatoren erforderliche Dokumentationsqualität tatsächlich zu erbringen. Eine funktionierende und von den Ärzten eines Netzes auch genutzte zentrale elektronische Patienten-

akte (zPA) würde hier einen wirksamen Peer-Anreiz schaffen. Im Kinzigtal stellte sich im Laufe des Projekts heraus, dass die technisch funktionsfähige zPA des bis dato verwendeten Anbieters aufgrund ihrer Anwenderunfreundlichkeit nicht in dem Maße genutzt worden war, wie vermutet. Deshalb war es auch nicht zu einer intensiveren und standardisierteren Dokumentation in der Praxissoftware gekommen. Dies war ein wei-

teres Argument für die Optimedis AG für den Wechsel zu einem neuen EDV-Dienstleister.

6 Ausblick

Mit diesem gemeinsamen Pilotprojekt von KBV, MQNK, Gesundes Kinzigtal GmbH und OptiMedis AG konnte ein wichtiger erster Schritt in Richtung Qualitätsmessung in Arztpraxen und Ärztenetzen gemeistert werden. Die dokumentierten Erfahrungen und Herausforderungen beinhalten für Anwender (z. B. Ärztenetzwerke), Organe und Institutionen im Gesundheitswesen (z. B. KBV) sowie die Industrie (z. B. Softwareunternehmen) wesentliche Informationen für die Implementierung von Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich. Gerade den Softwareanbietern, denen eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung zukommt, gelingt es noch nicht adäquat, sich auf die individuellen Anforderungen eines Netzverbands einzustellen.

Dies weist auf die Herausforderungen hin, die noch bewältigt werden müssen, bis tatsächlich standardisierte und automatisch extrahierte Qualitätsindikatoren miteinander in größerem Stil verglichen werden können.

Die entscheidenden Herausforderungen sind nach Ansicht der Projektpartner:

- Der Weg hin zu einer validen und automatisierten Erhebung und Auswertung von Qualitätsindikatoren ist viel länger, als bisher angenommen.
- Dies gilt erst recht für alle Diskussionen und Überlegungen in Richtung von „Pay for Performance, P4P“ oder „Pay for Outcome, P4O“.
- Dennoch ist ein solcher Weg möglich und sollte im Sinne der qualitativen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beschränkt werden. Hilfreich und beschleunigend wäre es, wenn sich die PVS-Hersteller dieses Themas annehmen würden. Dies werden sie aber voraussichtlich erst dann tun, wenn es interessierte Abnehmer auf Seiten der Ärzte gibt, die ein eigenes Interesse daran entwickeln, sich auf standardisierte Dokumentationen einzulassen. Potentiell kann die Praxisnetzförderung nach § 87b SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür entscheidende Impulse liefern.

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

- Eine Voraussetzung dafür wäre eine Standardisierung der Dokumentation in den Praxen, z. B. zu durchgeführten Beratungsgesprächen zu verschiedensten Themen sowie anamnestische und weitere Angaben, um weitere Qualitätsindikatoren des AQUIK-Sets testen zu können.
- Es bestehen weiterhin technische Defizite bei den eingesetzten Schnittstellen. Um dieses Manko zu beheben, wäre ein einheitlicher Standard für einen pseudonymisierten Export aller Patientendaten erforderlich, der von den Herstellern umgesetzt werden sollte. Hier würde sich besonders das BDT-Format als Vorlage anbieten.

Um die weitere Entwicklung einer qualitätsorientierten und diese Qualität auch abbildenden Arbeit in Arztpraxen fortzusetzen, schlagen die Autoren folgende drei Schritte vor:

1. Kontinuierliche Extraktion des Sets von Qualitätsindikatoren, das bereits heute relativ gut doku-

mentiert ist, über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren mit regelmäßigem Feedback an die Praxen in einem automatisierten Berichtswesen, um die möglichen Lernerfolge und Verbesserungen aus Benchmark- und Feedback-Berichten zu evaluieren.

2. Erweiterung des Qualitätsindikatoren-Sets in Gesundes Kinzigtal um zunächst fünf weitere Indikatoren aus dem AQUIK-Set. Daraus sollen Erfahrungen mit der Erweiterung der Datenerhebung, der Durchführung von Schulungen sowie dem Erproben einer optimalen Mischung von intrinsischen und extrinsischen Anreizen gesammelt und weitergegeben werden.

3. Entwicklung eines je eigenen spezifischen Qualitätsindikatoren-Sets für zwei bis drei Netzwerke, die von ihrer jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87b SGB V anerkannt sind, um aufbauend auf den Erfahrungen im Kinzigtal die Multiplizierbarkeit der Arbeit mit Qualitätsindikatoren zu testen.

Danksagung

Die Verfasser bedanken sich für die Unterstützung des Projektes und ihre Beiträge zu diesem Bericht bei:

Dr. Rainer Arold (On-Lab GmbH), Paulo Laub (On-Lab GmbH), Anne Erdweg (OptiMedis AG – bis 2012), Timo Schulte (OptiMedis AG), Marcus Auel (Facharzt für Innere Medizin, Gesundes Kinzigtal), Dr. med. Werner Witzenthalm (Facharzt für Innere Medizin, Gesundes Kinzigtal), Dr. med. Dörte Tillack (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Gesundes Kinzigtal), Dr. med. Brigitte Stunder (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Gesundes Kinzigtal).

Kontaktadressen

Gesundes Kinzigtal GmbH

Christian Melle
Gesundheitsmanagement, Projektentwicklung

Strickerweg 3d
77716 Haslach
Tel.: +49 7832 9748930
E-Mail: c.melle@gesundes-kinzigtal.de
Web: www.gesundes-kinzigtal.de

Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal

Martin Wetzel
Vorstandsvorsitzender

Hauptstraße 85
78132 Hornberg
Tel.: +49 7833 965980
E-Mail: info@mqnk.de
Web: www.mqnk.de

OptiMedis AG

Dr. Alexander Pimperl
Leiter Controlling & Health Data Analytics

Borsteler Chaussee 53
22453 Hamburg
Tel.: +49 40 22621149-21
E-Mail: a.pimperl@optimedis.de
Web: www.optimedis.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung K. d. ö. R.

Dr. Susanne Kleudgen
Abteilungsleiterin Qualitätsmessung und -entwicklung
Dezernat 7 - Sektorenübergreifende Qualitätsförderung, Versorgungskonzepte, Qualitätsmanagement, Patientensicherheit

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel.: +49 30 4005-1231
E-Mail: skleudgen@kbv.de
Web: www.kbv.de

7 Anhang

Indikatoren Kategorie A

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Erstverschreibung

Indikator	Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen 30 Tage nach der Erstverschreibung einer ADHS-Medikation eine Wiedervorstellung stattfand	
Umgesetzt	Ja	3. Quartal 2012
	ADHS - Erstverschreibung - Quote	 0
	ADHS - Erstverschreibung - Zähler	 0
	ADHS - Erstverschreibung - Nenner	 0
Verwendete Daten	Diagnosen, Verordnungen, Patientenalter, Arztfall	
Nenner	<p>Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS (ICD-Code) und mit einer Erstverschreibung eines ADHS-Medikaments und im Alter von 6 bis 18 Jahren</p> <p>Kriterien:</p> <p>Diagnose-ICDs F90.0, F90.1, F90.8, F90.9</p> <p>ATCs: N06BA04 (Methylphenidat), N06BA09 (Atomoxetin) N06BA02 (Dexamfetamin)</p> <p>Alter 6 - 18 Jahre</p>	
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: 30 Tage nach Erstverschreibung der ADHS-Medikation fand ein Wiedervorstellungstermin statt.</p> <p>Diagnose-ICDs: F90.0, F90.1, F90.8, F90.9</p> <p>ATCs: N06BA04 (Methylphenidat), N06BA09 (Atomoxetin) N06BA02 (Dexamfetamin)</p> <p>Alter 6 - 18 Jahre</p> <p>Arztfall innerhalb von 30 Tagen nach Erstverschreibung</p>	

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Folgekontakte

Indikator	Anteil der Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren mit ADHS und einer ADHS-Medikation innerhalb der letzten 12 Monate, deren Patientenakte zwei Folgekontakte im Jahr dokumentiert						
Umgesetzt	<p>Ja</p> <p style="text-align: right;"><u>3. Quartal 2012</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">ADHS - Folgekontakte - Quote</td> <td style="text-align: right;"> 100,0% </td> </tr> <tr> <td>ADHS - Folgekontakt - Zähler</td> <td style="text-align: right;"> 2 → </td> </tr> <tr> <td>ADHS - Folgekontakt - Nenner</td> <td style="text-align: right;"> 2 → </td> </tr> </table>	ADHS - Folgekontakte - Quote	100,0%	ADHS - Folgekontakt - Zähler	2 →	ADHS - Folgekontakt - Nenner	2 →
ADHS - Folgekontakte - Quote	100,0%						
ADHS - Folgekontakt - Zähler	2 →						
ADHS - Folgekontakt - Nenner	2 →						
Bemerkung	In den verfügbaren Daten waren nur sehr wenige (n = 2) ADHS-Fälle vorhanden, sodass der Indikator keine Aussagekraft hat						
Verwendete Daten	Diagnosen, Verordnungen, Patientenalter, Arztfall						
Nenner	<p>Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS (ICD-Code) und mit einer dauerhaften ADHS-Medikation und im Alter von 6 bis 18 Jahren</p> <p>Kriterien:</p> <p>Diagnose-ICDs: F90.0, F90.1, F90.8, F90.9</p> <p>ATCs: N06BA04 (Methylphenidat) , N06BA09 (Atomoxetin) N06BA02 (Dexamfetamin)</p> <p>Alter 6 - 18 Jahre</p>						
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Innerhalb der letzten 12 Monate fanden mindestens 2 Folgekontakte statt.</p> <p>Kriterien:</p> <p>Diagnose-ICDs: F90.0, F90.1, F90.8, F90.9</p> <p>ATCs: N06BA04 (Methylphenidat), N06BA09 (Atomoxetin) N06BA02 (Dexamfetamin)</p> <p>Alter 6 - 18 Jahre</p> <p>2 Arztfälle innerhalb der letzten 12 Monate</p>						

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Arterielle Hypertonie

Patientenregister

Indikator	Die Praxis kann eine Liste aller Patienten mit Bluthochdruck erstellen.			
Umgesetzt	Ja			
	Versicherter ID	Geburtsdatum ²	Geschlecht	Krankenkasse
	123456789	01.01.1913	w	BKK
	234567890	02.02.1913	w	AOK Freiburg
	345678901	03.03.1913	w	AOK Ortenau
	456789012	04.04.1913	w	BKK BVM
	567890123	05.05.1913	w	AOK Ortenau
	678901234	06.06.1915	w	DAK
	789012345	07.07.1916	w	DAK
Verwendete Daten	Diagnosen, Verordnungen, Patientenalter, Arztfall			
Zähler	Patienten mit Bluthochdruck: alle Patienten mit entsprechendem ICD-Code Zeitraum: Patienten innerhalb der letzten 12 Monate Kriterien: Diagnose-ICDs: I10.00 - I13.91, I15.00 - I15.91			

² Geburtsdaten und Versicherten-IDs wurden aus Datenschutzgründen verändert

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Herzinsuffizienz

Gewichtsbestimmung

Indikator	Anteil der Arztbesuche mit dokumentierter Gewichtsbestimmung für Patienten ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz innerhalb der letzten 12 Monate									
Umgesetzt	Ja	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><u>3. Quartal 2012</u></td> </tr> <tr> <td>Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Quote</td> <td style="text-align: right;"> 71,8% ↗</td> </tr> <tr> <td>Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Zähler</td> <td style="text-align: right;"> 168 ↗</td> </tr> <tr> <td>Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Nenner</td> <td style="text-align: right;"> 234 ↗</td> </tr> </table>		<u>3. Quartal 2012</u>	Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Quote	71,8% ↗	Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Zähler	168 ↗	Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Nenner	234 ↗
	<u>3. Quartal 2012</u>									
Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Quote	71,8% ↗									
Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Zähler	168 ↗									
Herzinsuffizienz - Gewichtsbestimmung - Nenner	234 ↗									
Verwendete Daten	Diagnosen, Gewichtsmessung, Patientenalter									
Nenner	<p>Liste aller Vorstellungen der Patienten mit der Diagnose chronische Herzinsuffizienz (NYHA II-IV) (ICD-Code) im Alter ≥ 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p>Kriterien:</p> <p>Diagnose-ICDs I11, I50 - I51</p> <p>Patientenalter ≥ 18 Jahre</p>									
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Angabe: Anzahl der Vorstellungen der Patienten in der Praxis innerhalb der letzten 12 Monate mit dokumentierter Gewichtsbestimmung</p> <p>Kriterien:</p> <p>Diagnose-ICDs: I11, I50 - I51</p> <p>Patientenalter ≥ 18 Jahre</p> <p>Gewichtsbestimmung in den letzten 12 Monaten</p>									

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Impfen

Gripeschutz

Indikator	Anteil der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits erhielten								
Umgesetzt	<p>Teilweise</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">3. Quartal 2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Impfen - Gripeschutz - Quote</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"> 48,9%</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Impfung - Gripeschutz - Zähler</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"> 363</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Impfung - Gripeschutz - Nenner</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"> 743 →</td> </tr> </tbody> </table>		3. Quartal 2012	Impfen - Gripeschutz - Quote	48,9%	Impfung - Gripeschutz - Zähler	363	Impfung - Gripeschutz - Nenner	743 →
	3. Quartal 2012								
Impfen - Gripeschutz - Quote	48,9%								
Impfung - Gripeschutz - Zähler	363								
Impfung - Gripeschutz - Nenner	743 →								
Verwendete Daten	Leistungsabrechnung, Patientenalter								
Bemerkung	Da eine Dokumentation von Impfangeboten in den verfügbaren Daten nicht enthalten ist, konnten nur die tatsächlich durchgeführten Impfungen ausgewertet werden.								
Nenner	<p>Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate im Alter ≥ 60 Jahren</p> <p>Kriterien:</p> <p>Patientenalter ≥ 60 Jahre</p>								
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Vermerk über das Datum einer erhaltenen/angebotenen Gripeschutzimpfung</p> <p>Kriterien:</p> <p>Patientenalter ≥ 60 Jahre</p> <p>EBM: 89111</p>								

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Impfen










Tetanus und Diphtherie

Indikator	Anteil der Patienten im Alter von unter 50 Jahren, die sich innerhalb der letzten 12 Monate in der Praxis vorstellten, in deren Patientenakte ein Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung enthalten ist								
Umgesetzt	<p>Teilweise</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">3. Quartal 2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Impfen- Tetanus und Diphtherie - Quote</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"> 3,0%</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Impfung - Tetanus und Diphtherie - Zähler</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"> 44</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Impfung - Tetanus und Diphtherie - Nenner</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;"> 1.468</td> </tr> </tbody> </table>		3. Quartal 2012	Impfen- Tetanus und Diphtherie - Quote	3,0%	Impfung - Tetanus und Diphtherie - Zähler	44	Impfung - Tetanus und Diphtherie - Nenner	1.468
	3. Quartal 2012								
Impfen- Tetanus und Diphtherie - Quote	3,0%								
Impfung - Tetanus und Diphtherie - Zähler	44								
Impfung - Tetanus und Diphtherie - Nenner	1.468								
Verwendete Daten	Leistungsabrechnung, Patientenalter								
Bemerkung	<p>Es konnten nur die von den Testpraxen durchgeführten Impfungen ausgewertet werden, da eine weitergehende Dokumentation anderweitig erhaltener Impfungen in den Daten nicht enthalten war. Durch eine netzweite, praxisübergreifende Auswertung der Patienten könnte das Ergebnis verbessert werden.</p> <p>Da bei diesem Indikator ein sehr großer Zeitraum von 10 Jahren betrachtet wird, müssten auch alte GO-Nummern berücksichtigt werden, für deren Stammdaten aber keine verlässliche Quelle gefunden werden konnte, sodass nur die zurzeit gültigen Ziffern für Baden-Württemberg verwendet wurden.</p>								
Nenner	Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit beliebigem ICD-Code und im Alter von unter 50 Jahren								
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung</p> <p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patientenalter < 50 Jahre Leistungsabrechnung 89100 Diphtherie + 89124 Tetanus 89200 Diphtherie, Tetanus (DT) 89302 Diphtherie, Tetanus, Polio 89303 Diphtherie, Tetanus, Pertussis (Tdap) 89400 Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis 								

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Kreuzschmerz

Arbeitsunfähigkeit

Indikator	Anteil der Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate und einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 14 Tagen								
Umgesetzt	<p>Ja</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: right;">3. Quartal 2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kreuzschmerz - AU - Quote</td> <td style="text-align: right;"> 12,6% →</td> </tr> <tr> <td>Kreuzschmerz - AU - Zähler</td> <td style="text-align: right;"> 151 →</td> </tr> <tr> <td>Kreuzschmerz - AU - Nenner</td> <td style="text-align: right;"> 1.196 →</td> </tr> </tbody> </table>		3. Quartal 2012	Kreuzschmerz - AU - Quote	 12,6% →	Kreuzschmerz - AU - Zähler	 151 →	Kreuzschmerz - AU - Nenner	 1.196 →
	3. Quartal 2012								
Kreuzschmerz - AU - Quote	 12,6% →								
Kreuzschmerz - AU - Zähler	 151 →								
Kreuzschmerz - AU - Nenner	 1.196 →								
Verwendete Daten	Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen								
Nenner	<p>Liste aller Patienten mit akuten Kreuzschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate (ICD-Code)</p> <p>Kriterien: Diagnose-ICDs: M40 - M54</p>								
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 14 Tagen</p> <p>Kriterien: Diagnose-ICDs: M40 - M54 AU-Tage im Zeitraum > 14</p>								

Querschnittsthemen










Blutdruckmessung

Indikator	Anteil der Patienten ab 45 Jahren, die sich aus beliebigen Gründen innerhalb der letzten 12 Monate vorstellten, deren systolischer und diastolischer Blutdruck mindestens einmal im Jahr gemessen wurde								
Umgesetzt	<p>Ja</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;"><u>3. Quartal 2012</u></td> </tr> <tr> <td>Querschnittsthemen- Blutdruckmessung - Quote</td> <td style="text-align: right;"> 46,7% →</td> </tr> <tr> <td>Querschnittsthemen - Blutdruckmessung - Zähler</td> <td style="text-align: right;"> 742 →</td> </tr> <tr> <td>Querschnittsthemen - Blutdruckmessung - Nenner</td> <td style="text-align: right;"> 1.588 →</td> </tr> </table>		<u>3. Quartal 2012</u>	Querschnittsthemen- Blutdruckmessung - Quote	46,7% →	Querschnittsthemen - Blutdruckmessung - Zähler	742 →	Querschnittsthemen - Blutdruckmessung - Nenner	1.588 →
	<u>3. Quartal 2012</u>								
Querschnittsthemen- Blutdruckmessung - Quote	46,7% →								
Querschnittsthemen - Blutdruckmessung - Zähler	742 →								
Querschnittsthemen - Blutdruckmessung - Nenner	1.588 →								
Verwendete Daten	Blutdruckmessung, Arztfall, Patientenalter								
Nenner	<p>Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit beliebigem ICD-Code und im Alter von ≥ 45 Jahren</p> <p>Kriterien:</p> <p>Patientenalter ≥ 45 Jahre</p> <p>Arztfall in den letzten 12 Monaten</p>								
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Blutdruckmessung innerhalb der letzten 12 Monate</p> <p>Kriterien:</p> <p>Patientenalter ≥ 45 Jahre</p> <p>Arztfall in den letzten 12 Monaten</p> <p>Blutdruckmessung in den letzten 12 Monaten</p>								

Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal

Rheumatoide Arthritis

Basistherapie

Indikator	Anteil der Patienten ab 18 Jahren mit einer neu diagnostizierten rheumatoiden Arthritis innerhalb der letzten 12 Monate, die mindestens eine Therapie mit einem krankheitsmodifizierenden antirheumatischen Medikament innerhalb der letzten 12 Monate erhielten						
Umgesetzt	<p>Ja</p> <p style="text-align: right;">3. Quartal 2012</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Quote</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Zähler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Nenner</td> <td></td> </tr> </table>	Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Quote		Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Zähler		Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Nenner	
Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Quote							
Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Zähler							
Rheumatoide Arthritis - Basistherapie - Nenner							
Verwendete Daten	Verordnungen, Diagnosen, Patientenalter						
Nenner	<p>Liste aller Patienten innerhalb der letzten 12 Monate mit der Erstdiagnose rheumatoide Arthritis (ICD-Code) in diesem Zeitraum und im Alter von ≥ 18 Jahren</p> <p>Kriterien:</p> <p>Diagnose-ICDs: M05 - M14, M45 , M46, G41</p> <p>Patientenalter ≥ 18 Jahre</p>						
Zähler	<p>Prüfung aller Patientenakten des Nenners auf die folgende Aussage: Therapie mit mindestens einem krankheitsmodifizierenden Medikament</p> <p>Kriterien:</p> <p>Diagnose-ICDs: M05 - M14, M45 , M46, G41</p> <p>Patientenalter ≥ 18 Jahre</p> <p>ATCs:</p> <p>A07EC01, M01CX02 Sulfasalazin, L01XC02 Rituximab L04AA13 Leflunomid, L04AA24 Abatacept L04AB01 Etanercept, L04AB02 Infliximab L04AB04 Adalimumab, L04AB05 Certolizumab Pegol L04AB06 Golimumab, L04AC03 Anakinra L04AC07 Tocilizumab, L04AD01, S01XA18 Cyclosporin A L04AX01 Azathioprin , M01CC01 D-Penicillamin M01CX01, L04AX03, L01BA01 Methotrexat P01BA01 Resochin R, Chloroquin P01BA02 Quensyl R, Hydroxychloroquin</p>						