Kapitel 4

Moderatorenfortbildung

4.12 Pharmakotherapie

(Stand: 2013)

© KBV

© KBV

4 Moderatorenfortbildung

4.12 Pharmakotherapie

Ingrid Schubert, Joachim Fessler, Joseph Gross, Rahel Burde, Ingrid Quasdorf

Inhaltsverzeichnis

4.12.1 Arbeitsziele 1
4.12.2 Themenhintergrund 2
4.12.3 Gestaltung der QZ-Moderation und QZ-Arbeit 4
4.12.4 Spezielle Vorgaben für die Moderation 6
4.12.5 Moderationsmedien und unterstützende Materialien 12
4.12.6 Kurzversion 17
4.12.7 Literaturverzeichnis 18
Anhang: Erläuterung wichtiger Begriffe 19

4.12.1 Arbeitsziele

Für Tutoren:

- Die Tutoren sind befähigt, Qualitätszirkel-Moderatoren in einer entsprechenden Fortbildungsveranstaltung die erfolgreiche Umsetzung des Themas in ihrem Qualitätszirkel (QZ) zu vermitteln.
- Die Tutoren verfügen über vertiefte Kenntnisse zu:
  - Datenbeschaffung, Datenaufbereitung und Datenpräsentation
  - Evidenzbasierter Medizin (EbM) und Leitlinien
  - Multimorbidität und Multimedikation
  - Besonderheiten der medikamentösen Therapie bei besonderen Patientengruppen, z.B. Ältere und Hochbetagte, Kinder, Schwangere
  - Grundsätzen der Erstellung von Therapieplänen und Behandlungspfaden
  - gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen für Arzneimittelverordnungen
- Der Tutor ist in der Lage, die Moderatoren hinsichtlich der Beschaffung, Präsentation der Daten und deren Einbindung in den Zirkel zu beraten.

Für Moderatoren:

- Die QZ-Moderatoren sind befähigt, mittels des vorgestellten Konzeptes pharmakotherapeutische Themen mit dem Qualitätszirkel erfolgreich zu bearbeiten.
- Sie sind in der Lage, die Verordnungsdaten mit Leitlinienempfehlungen zu verknüpfen und bei den Zirkelteilnehmern Interesse und Akzeptanz für die Methode zu wecken.
- Sie können den QZ-Teilnehmern den Nutzen für das eigene Handeln und die Steuerungsmöglichkeiten der Verordnungsweise aufzeigen und mögliche Ängste vor einem Vergleich mit den Kollegen abbauen.
- Sie besitzen Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:
  - Interpretation von Verordnungsstatistiken
  - Bedeutung und Umgang mit Verordnungsmengen und Tagestherapiekosten
  - Entwicklung und Konsentierung von Therapiestrategien und deren Orientierung an Leitlinien unter Praxisbedingungen

© KBV

Für Qualitätszirkel-Teilnehmer:

- Die Zirkelteilnehmer sind befähigt, das eigene Verordnungsverhalten im Sinne eines leitlinienbasierten Verhaltens zu reflektieren und gegebenenfalls zu modifizieren.
- Sie besitzen die Bereitschaft, sich mit der eigenen Verordnungsweise kritisch auseinanderzusetzen und sich im kollegialen Austausch zu beraten.
- Die Zirkelteilnehmer sind in der Lage, Verordnungsstatistiken zu analysieren und zu bewerten und ihr Verordnungsverhalten durch Veränderungen in der Praxisorganisation oder des eigenen Handelns optimal zu gestalten.

4.12.2 Themenhintergrund

Qualitätszirkel stellen ein etabliertes Verfahren ärztlicher Qualitätssicherung und Fortbildung dar. Speziell für Pharmakotherapiezirkel mit Feedback über das Verordnungsverhalten gilt, dass die Teilnehmer die Bereitschaft mitbringen, ihr eigenes Verordnungsverhalten kritisch zu hinterfragen, im Austausch mit Kollegen zu vergleichen (Benchmarking) und unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der Evidenzbasierten Medizin zu überprüfen. Im Ergebnis steht die Modifikation des Verordnungsverhaltens der Teilnehmer unter Aspekten der Qualitätsverbesserung und Kostenoptimierung [s.a. 23].

Die vorliegende Handlungsanleitung enthält alle inhaltlichen und methodischen Informationen, die der geschulte Moderator benötigt, um die jeweilige Qualitätszirkel-Sitzung vorzubereiten und zu moderieren. Sie beruht auf dem Konzept der datengestützten Qualitätssicherung, das in Hessen durch die PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln, und das AQUA-Institut Göttingen in ähnlicher Weise entwickelt und implementiert wurde [s. 1, 5, 6, 7].

Voraussetzung für die Durchführung eines Pharmakotherapiezirkels ist ein bestehendes Berichtssystem, das zeitnah spezifische Informationen zum tatsächlichen Verordnungsverhalten der Zirkelteilnehmer erfassen und hinsichtlich einer an leitlinien- und evidenzbasierter Medizin anknüpfenden Fragestellung anonymisiert wiedergeben kann. Unter Berichtssystem verstehen wir im Folgenden in regelmäßigen Abständen durchgeführte arzt- und versichertenbezogene Analysen von Verordnungs- und Diagnosedaten.

Für die Teilnehmer eines Pharmakotherapiezirkels bedeutet die Übernahme des Konzeptes der datengestützten Zirkelarbeit, dass sie durch die Arbeit im QZ ihr eigenes Verordnungsverhalten besser kontrollieren und gezielt – im Sinne der Leitlinienempfehlungen und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen – ändern können. Durch den Rückgriff auf Leitlinien und die dort bewerteten Studien sind sie besser in der Lage, gegen nicht-indizierte Therapiewünsche der Patienten oder Verordnungsempfehlungen der Industrie zu argumentieren und nicht zuletzt bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ihr therapeutisches Vorgehen zu vertreten [2]. Weiterhin ermöglicht die Arbeit im QZ durch den Erfahrungsaustausch auch zu Fragen der Praxisorganisation sowie durch die Förderung der Vernetzung eine bessere Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen und ein besseres Zeit- und Kostenmanagement.

Eine rationale Arzneimitteltherapie erfordert Entscheidungsempfehlungen. Heute stehen den Ärzten evidenzbasierte Leitlinien und Handlungsempfehlungen zu einem breiten Spektrum an Beratungsanlässen in der Praxis zur Verfügung (für Hausärzte z.B. durch die Arbeit der Leitliniengruppe Hessen und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin – DEGAM). Darüber hinaus sind Handlungsempfehlungen durch die Disease-Management-Programme und die Nationalen Versorgungs-Leitlinien (http://www.leitlinien.de/) verfügbar.

Die Erfahrungen der Pharmakotherapiezirkel im hausärztlichen Bereich sind auch auf fachärztliche, sektorenübergreifende oder indikationsspezifische Qualitätszirkel übertragbar.

Voraussetzungen und Hinweise für das erfolgreiche Arbeiten im Pharmakotherapiezirkel

Speziell für Tutoren:

- Die Arbeit des Pharmakotherapiezirkels setzt eine valide **Datenbasis** voraus. **Datenaufbereitung** und **Datenpräsentation** spielen eine wichtige Rolle. Über die zur Verordnungsanalyse (d.h. für das Berichtssystem) herangezogenen Daten (z.B. Rezeptpatienten als Grundgesamtheit, Beobachtungsquartal, datenliefernde Kasse/n) sollte Klarheit bestehen.
- **Auswahl und Anwendung evidenzbasierter Leitlinien:** Der Tutor sollte mit den Qualitätsanforderungen an Leitlinien (z.B. DELBI) vertraut sein; ebenso mit der Problematik unzureichender Evidenz für manche in der haus- und fachärztlichen Betreuung wichtigen – meist nichtmedikamentösen – Maßnahmen. Darüber hinaus sollten die Besonderheiten der Arzneimitteltherapie, die sich ggf. aus der Schnittstellenproblematik bei sektorenübergreifender Versorgung ergeben, Berücksichtigung finden.
- **Grundlagenkenntnisse der Evidenzbasierten Medizin:** Der Tutor sollte die verschiedenen Studientypen (von Metaanalyse bis Expertenmeinung) kennen, diese bewerten und einordnen können, ebenso Grundbegriffe wie Number needed to treat (NNT), Number needed to harm (NNH), relative Risikoreduktion (RRR), absolute Risikoreduktion (ARR), Konfidenzintervall, statistische und klinische Signifikanz

© KBV

und Studien-Endpunkte. Er sollte jedoch auch die Grenzen von Leitlinien (Fokus: typische Patientensituationen) und die Notwendigkeit einer Verbindung mit persönlicher Expertise (Grundgedanke der evidenzbasierten Medizin) darstellen können (s. auch [9]).

- Umgang mit **Multimorbidität und Multimedikation**: Leitlinien sind hilfreich, müssen jedoch insbesondere bei älteren, in der Regel multimorbiden Patienten auf Praktikabilität überprüft werden. [14]. Bei Vorliegen von Multimedikation (s. hierzu auch Handbuch Qualitätszirkel, Kapitel 4 – Multimedikation) ist beispielsweise zu prüfen, ob noch für jedes Medikament eine Indikation besteht und ob ggf. eine Behandlung von Nebenwirkungen aufgrund einer bestimmten Medikation durch Umstellen vermieden werden kann. Auch kann zusammen mit dem Patienten beraten werden, ob und ggf. auf welche der symptomatischen oder prophylaktischen Therapien verzichtet werden kann. Jedoch ist auch auf fehlende Medikation bei vorhandener Multimedikation zu achten. (Für Hilfestellungen zur Bewertung der Medikation sowie für eine Präferenzsetzung in der Therapie siehe auch die hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ [15].) Hierüber sollte im Zirkel anhand von Beispielen diskutiert werden. Der Tutor sollte Empfehlungen dazu abgeben können bzw. Vorschläge zur Diskussion stellen. Zu dieser Problematik sollten auch die verwendeten Leitlinien Hinweise geben bzw. mit Hilfe von NNT und NNH evidenzbasierte Empfehlungen abgeleitet werden können.
- **Besonderheiten der medikamentösen Therapie bei Älteren und Hochbetagten** (siehe dazu auch [12]): Hier steht im Vordergrund, dass alle pharmakologischen Rahmenbedingungen (Verteilungsvolumen, renale und hepatische Elimination, Plasmaeiweißbindung, enterale Resorption etc.) im Laufe des Lebens Veränderungen unterliegen. Im Allgemeinen ist bei Hochbetagten eine Dosisreduktion erforderlich [14]. Die Gefahr von Interaktionen und Nebenwirkungen wächst, und dies mit zunehmender Notwendigkeit einer Multimedikation bei Multimorbidität. Hier ist es besonders wichtig, Hilfestellungen zu geben, um die wichtigen, die Lebenserwartung bzw. die Lebensqualität beeinflussenden Erkrankungen zu erkennen und primär zu therapieren (s.o. Umgang mit Multimorbidität [15]). Im Falle einer palliativen Zielsetzung sollten die Therapien, bei denen sich Effekte erst nach langjähriger Behandlung einstellen, zugunsten einer symptomatischen Therapie ggf. aufgegeben werden.
- **Erstellung von Therapieplänen und Behandlungspfaden:** Der Tutor sollte die Moderatoren anleiten und motivieren, in den Zirkelsitzungen Therapiepläne [12, 15] bzw. -strategien zu diskutieren und ggf. zu erstellen. Bei vielen Erkrankungen, bei denen mehrere Medikamente eingesetzt werden können, gibt es ein tradiertes, schrittweises Vorgehen, d.h., man fängt mit einer bestimmten Substanzgruppe an, um dann schrittweise bei Nichterreichen des Therapieziels weitere Substanzgruppen einzusetzen. Dieser tradierte Stufenplan sollte transparent mit Hilfe eines Flussdiagramms dargestellt und diskutiert werden. Darüber hinaus sollten die Ärzte ihren Patienten beim Einsatz mehrerer Medikamente einen Therapieplan mit Erläuterung zum Einnahmegrund, zur Art und Weise der Einnahme und möglichen Nebenwirkungen an die Hand geben (siehe beispielsweise den Medikationsplan des Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit [Quelle: http://www.akdae.de/AMTS/Massnahmen/docs/Medikationsplan.pdf]). Dieses Gespräch dient dazu, die Adhärenz zur Therapie zu verbessern und die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen.
- **Bedeutung von Therapiekontrolle, -überwachung sowie von Compliance, Adhärenz und partizipativer Entscheidungsfindung bei Langzeittherapien:** Soweit sinnvoll können Patienten in die Kontrolle des Therapieerfolge z.B durch Kontrolle einiger Parameter wie Blutdruck, Blutzucker, Gewicht, Peakflow, Schmerztagebuch eingebunden werden. Die Bedeutung dieser Messungen ist zu erläutern. Die Patienten sollten im Rahmen dieser Selbstkontrolle in die Lage versetzt werden, bei variablen Dosierungsmustern die Dosis selbstständig anzupassen. Die Selbstkontrolle kann auch dazu genutzt werden, Patienten von der Notwendigkeit und Bedeutung der regelmäßigen Medikamenteneinnahme zu überzeugen. Die Therapieziele und der damit verbundene Aufwand – besonders bei allgemeinen Maßnahmen wie Rauchverzicht, Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion etc. – sollten in Absprache und mit Zustimmung des Patienten festgelegt werden (partizipative Entscheidungsfindung [10, 17]). Die Adhärenz eines aufgeklärten, mitarbeitenden Patienten ist deutlich besser als die eines passiven Befehlsempfängers (hier ist dann zu Recht von Noncompliance die Rede; siehe hierzu auch die Leitlinie „Hausärztliche Gesprächsführung“ der Leitliniengruppe Hessen [16]).
- **Rahmenbedingungen für das Verordnungsverhalten:** Der Tutor sollte für die Beratung der Moderatoren darüber informiert sein, welche gesundheitspolitischen Maßnahmen Einfluss auf die Aussagefähigkeit der Verordnungs- und Diagnosedaten haben (z.B. Zuzahlungsregeln, Rabattverträge, Verordnungsfähigkeit, medizinischer Paradigmenwechsel, Innovationen usw.).

© KBV

Speziell für Moderatoren:

- **Interpretation der Verordnungsstatistiken.** Kenntnisse über die Bedeutung von Vergleichsgruppen, über Mittelwerte, Perzentile, Fallzahlen, Auswertungszeiträume und die Vergleichbarkeit von Praxen anhand der Altersstruktur und Geschlechtsverteilung der Patienten sind erforderlich. Es ist zwischen Daten, die die Relevanz der Thematik beschreiben (Mengengerüste/Häufigkeiten), und Daten, aus denen sich Aussagen zur Qualität der Behandlung ableiten lassen (Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren), zu unterscheiden. Auf die Gefahr von Verzerrungen bei kleinen Fallzahlen muss geachtet werden.
- **Unterschied von Fallzahl und Arzneimittelpatienten.** Bei der Vorstellung der Verordnungsanalysen muss die Datenbasis deutlich werden. D.h., es muss erkennbar sein, ob sich die Daten aus der Gesamtheit aller Patienten einer Praxis ergeben und damit auch Patienten einschließen, die keine Arzneimittelverordnung erhalten (sondern z.B. diagnostische Leistungen, Krankschreibung, Überweisung), oder aus den sogenannten Arzneimittel- bzw. Rezeptpatienten (Patienten, die im Beobachtungszeitraum eine Verordnung zu Lasten der GKV erhalten und diese auch in einer Apotheke eingelöst haben) oder ob sich die Analysen auf Patienten bestimmter Altersgruppen oder mit einer bestimmten Erkrankung oder Verordnung beziehen.
- **Bedeutung und Umgang mit DDD** (defined daily dose). Die DDD ist eine technische Größe zum Vergleich von Verordnungsmengen in verschiedenen Zeitintervallen (und verschiedenen Ländern). Ihre Anwendung bietet Vorteile gegenüber einer reinen Darstellung von Packungszahlen (gleiche Packungszahl bei größeren Einheiten) oder Arzneimittelkosten. Die DDD stellt keine Dosierungsempfehlung dar, sondern orientiert sich an einer Erhaltungsdosis für einen Erwachsenen im Hauptindikationsgebiet des Wirkstoffes [4, 8].
- **Bedeutung und Umgang mit Tagestherapiekosten.** Es gibt häufig Therapieoptionen, die bei unterschiedlichen Tagestherapiekosten medizinisch gleichwertig sind, (z.B. Human- oder Analoginsuline). Die Tagestherapiekosten der verschiedenen Optionen lassen sich mit Hilfe der DDD-Kosten vergleichend darstellen [21].
- **Ableiten und Konsentieren von Therapieempfehlungen anhand evidenzbasierter Leitlinien.** Ausgehend von einer evidenzbasierten Leitlinie konsentiert der Qualitätszirkel zu jedem Thema eine Therapieempfehlung, mit der die Teilnehmer ihr eigenes Verordnungsverhalten vergleichen. Die Daten der Verordnungsanalyse der QZ-Teilnehmer zeigen eine Übereinstimmung oder ein Abweichen von der konsentierten Therapieempfehlung (Performance Gap). Jeder Teilnehmer erhält Einblick, ob seine Vorstellung über das eigene Handeln mit dem tatsächlichen Handeln in der Realität übereinstimmt. Dies ist erfahrungsgemäß häufig nicht der Fall, und gerade diese Diskrepanz – die im Zirkel thematisiert werden muss – ist der eigentliche Lehrmeister. Nicht die Leitlinie, nicht der Moderator, sondern die Erkenntnis, dass man von seinem eigenen Therapiestandard abweicht, führt zu Veränderungen im therapeutischen Handeln.
- **Bewerten der Indikatoren.** Die Moderatoren müssen den Stellenwert von Indikatoren zur Darstellung des Verordnungsverhaltens kennen. Ob ein Indikator geeignet ist, hängt auch vom Verwendungskontext ab. QZ können sich selbst Indikatoren auswählen. Diese sollten von einer Arztgruppe als plausibel erachtet und durch Leitlinien gestützt sein. Die Orientierung (Wie viel Prozent der Patienten können der Leitlinie entsprechend behandelt werden? Bei wie vielen ergeben sich notwendiger- und nachvollziehbarerweise Abweichungen?) erfolgt entweder an einer Referenzgruppe oder an den Praxen mit „bestem Wert“ im Rahmen des QZ. Liegt eine solche Datenaufbereitung nicht vor, empfiehlt sich die Angabe eines Benchmarks, z.B. der erreichte Wert der 10% oder 25% besten Praxen.
- **Vergleich von Therapiestrategien unter den Aspekten rational und rationell.** Beide Seiten des therapeutischen Handelns – Evidenz, Indikationsstellung und Therapiekontrolle (= rationale Therapie) – und Wirtschaftlichkeit, z.B. durch Kontrolle der Verordnungsmenge und Therapiedauer, durch Auswahl der richtigen Packungsgröße und eines kostengünstigen Arzneimittels (= rationelle Therapie), müssen gleichermaßen Berücksichtigung finden.

4.12.3 Gestaltung der QZ-Moderation und QZ-Arbeit

Setting

Teilnehmerzahl:	12–15 Teilnehmer
Form:	i.d.R. geschlossene Gruppe
Frequenz:	mind. 4x/Jahr

Jede Qualitätszirkel-Sitzung sollte vom selben Moderator geleitet werden. Es sollten Gesprächsregeln vereinbart werden, die politische und persönlich wertende Äußerungen untersagen. Falls erforderlich kann die Redezeit für jeden Beitrag (z.B. auf zwei Minuten) begrenzt werden. Zu jedem Zirkel sollte ein Protokoll erstellt werden. Alles im Zirkel Gesagte sollte der Verschwiegenheit

© KBV

unterliegen, um persönliche Äußerungen über Betroffenheit oder Fehler zu ermöglichen. Jede Meinung sollte mit Wertschätzung aufgenommen werden. Falls kein Konsens möglich ist, sollten die unterschiedlichen Meinungen formuliert und nebeneinander gestellt werden. In jeder Zirkelsitzung sollten die Teilnehmer „reihum" zu Fragen Stellung nehmen, damit jeder die Gelegenheit hat, sich zu äußern. Dies verhindert, dass der Zirkel von einigen „Vielrednern" dominiert bzw. von „Schweigern" in den Verdacht des einseitigen Erfahrungsaustauschs gebracht werden kann. Siehe dazu auch Handbuch Qualitätszirkel, Kapitel 6 – Qualitätszirkelgründung [13].

Daten- und Informationsbeschaffung

Die Voraussetzung für die Durchführung eines Pharmakotherapiezirkels ist die Implementierung eines Berichtssystems, um mit realen Daten arbeiten zu können. Dies kann zum Beispiel durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) oder ein externes Institut (z.B. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung oder universitäre Anbieter) geschehen. Die Verordnungs- und Diagnosedaten (i.d.R. bereitgestellt durch die Rechenzentren der Krankenkassen) werden hinsichtlich vorgegebener Fragestellungen ausgewertet und für den Moderator und die einzelnen Zirkelteilnehmer in Datei- oder Manualform bereitgestellt. Die Nutzung der pseudonymisierten Diagnosedaten und ihre Verbindung mit den ärztlichen Verordnungen erlaubt eine bessere indikationsbezogene Darstellung der Pharmakotherapie als nur auf der Basis der Arzneimittelverordnungen [18].

Voraussetzung für die Nutzung der Daten ist eine datenschutzrechtliche Einwilligung des teilnehmenden Arztes. Die Daten müssen arzt- und versichertenbezogen (pseudonymisiert) vorliegen, Alter und Geschlecht des Versicherten sollten erfasst sein. Jedes Manual sollte dem Arzt bzw. der Gruppe die Zusammensetzung des Praxisklientels für den Beobachtungszeitraum der Feedback-Analyse zeigen. Bei Praxen mit einem höheren Anteil älterer Patienten sind auch höhere Prävalenzen und Behandlungsraten für die häufigen Behandlungsanlässe (in der Regel chronische Erkrankungen) zu erwarten.

Alternativ könnten die Zirkelteilnehmer ihre praxisbezogenen Verordnungsdaten anonymisiert in den Zirkel einbringen. Das würde für den einzelnen Teilnehmer jedoch einen ungleich höheren Aufwand bedeuten und es wäre nur ein Vergleich innerhalb des Zirkels möglich.

Informationen, Fallbeispiele und Hilfsmittel (z.B. Checklisten, Muster) für die Befassung mit dem Thema Pharmakotherapie im QZ bietet auch das Serviceheft Praxiswissen der KBV zum Thema „Mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie". [12]

Folgende Indikatoren können unterschieden werden:

- **Indikatoren für die Therapiequalität.** Mittels eines anhand der Leitlinie formulierten Indikators kann der Umsetzungsgrad einer Leitlinienempfehlung dargestellt werden, z.B. der Anteil der Herzinsuffizienzpatienten mit ACE-Hemmern an allen Patienten mit Herzinsuffizienz oder der Anteil der Diabetiker bzw. Hochrisikopatienten mit Lipidsenkern bezogen auf alle Diabetiker/Hochrisikopatienten für kardiovaskuläre Ereignisse. Eine Zusammenstellung möglicher Indikatoren findet sich in QiSA. [22] Alternativ können auch Indikatoren aus dem AQUIK®-Set [11] der KBV ausgewählt werden, diese sind jedoch überwiegend nicht mittels Routinedaten abbildbar.
- **Indikatoren für die Qualität der Arzneimittelauswahl.** Diese Indikatoren setzen die in den Leitlinien empfohlenen, die als nicht oder nur mit Einschränkung geeigneten Wirkstoffe oder auch bestimmte galenische Zubereitungen ins Verhältnis zu allen Verordnungen oder Tagesdosen der im jeweiligen Indikationsgebiet verfügbaren Wirkstoffe (z.B. Anteil der AT_1-Antagonisten an allen Verordnungen von Antagonisten des Renin-Angiotensin-Systems oder Verordnungsanteil von Antibiotika mit hohem Resistenzpotenzial [3]).
- **Indikatoren für die Wirtschaftlichkeit der Therapie.** Als Kostenmarker bietet sich beispielsweise die Ausschöpfung des Generikapotentials und die Häufigkeit innovativer Therapien in Konkurrenz zu Standardtherapien an. Für Wirkstoffgruppen, bei denen zwischen den Ärzten noch Heterogenität besteht, empfiehlt sich eine Darstellung der Verordnung nach Patentstatus, da so Wirtschaftlichkeitsreserven für einzelne Praxen erkennbar werden.

Präsentation der Daten in der Qualitätszirkelarbeit: Performance Gap aufzeigen

Das Thema des Tages wird vom Moderator oder einem vorab bestimmten QZ-Teilnehmer präsentiert. Hierzu wird empfohlen, anhand einer Präsentation in die Zirkelthematik einzuführen. Es sollten der Ist-Zustand im therapeutischen Vorgehen sowie die aktuellen Leitlinien präsentiert werden. Im Rahmen einer Gruppendiskussion werden im Anschluss Arbeitsziele, d.h. das wünschenswerte Verordnungsverhalten formuliert und – idealiter – mit den Zirkelteilnehmern schriftlich fixiert und damit konsentiert (z.B. Patienten mit Herzinfarkt erhalten, sofern keine Kontraindikationen bestehen, einen Betablocker). Es folgt nun die Präsentation der Verordnungsdaten der Zirkelteilnehmer durch den Moderator in anonymisierter Form, die häufig deutlich von den gemeinsam festgelegten Zielen abweichen (Performance Gap, s.o.).

Da es sich bei den Zirkelteilnehmern um eine Peer Group handelt, können eventuelle Probleme hinsicht-

© KBV

lich einer von den Leitlinienempfehlungen abweichenden und nicht begründbaren Verordnungsweise offen miteinander diskutiert und gelöst werden. Dies steigert deutlich die Motivation für die Veränderung des Verordnungsverhaltens.

Umsetzung von empfohlenen Therapiestrategien

Der Moderator sollte bei der Zirkelarbeit den Fokus auf die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen legen und mit dem Zirkel Strategien besprechen, wie sowohl auf Seiten des Arztes als auch auf Seiten des Patienten die Compliance und Adhärenz zu den Empfehlungen verbessert werden kann. Folgende Hinweise können im Zirkel besprochen werden:

- Es empfiehlt sich, regelmäßig mit dem Patienten die Medikation zu besprechen und ihm besonders bei Multimedikation zu erläutern, welche Medikamente aus ärztlicher Sicht unverzichtbar und welche eher verzichtbar sind (z.B. unter den Aspekten lebensverlängernde Wirkung, symptomatische Wirkung, Langzeitnutzen nicht belegt, Gefahren bei langfristiger Anwendung etc.). Bei dieser Gelegenheit kann auch überprüft werden, ob der Patient über seine Krankheit informiert ist, er seine Risikosituation richtig einschätzt und die Therapieanweisungen kennt. Hilfestellungen für das Patientengespräch bietet die hessische Leitlinie „Hausärztliche Gesprächsführung“ [16].
- Empfehlenswert ist, mit dem Patienten, soweit therapeutisch vertretbar, Auslassversuche durchzuführen. Sollte es hierbei zu keiner – eigentlich zu erwartenden – Veränderung der Ausgangslage kommen, kann auf das Medikament verzichtet werden. Wenn ein Symptom im Verdacht steht, Folge einer Nebenwirkung zu sein, so empfiehlt sich ein Auslassversuch des möglicherweise auslösenden Arzneimittels, ggf. gefolgt von einer Re-Exposition bzw. Umstellung der Therapie. Dechallenge und Rechallenge dienen dazu, den Verdacht auf einen möglichen Kausalzusammenhang zu erhärten.
- Häufig bietet die Neuverordnung von Medikamenten die Möglichkeit, im Rahmen der Interaktionsbeurteilung auf lang bestehende, aber mittlerweile eher verzichtbare Therapien hinzuweisen und diese abzusetzen.
- Bei strenger Fixierung des Patienten auf z.B. obsolete Therapien sollte der Arzt deutlich Position beziehen. Mitunter kann es hilfreich sein, auf unerwünschte Nebenwirkungen – einige Kollegen weisen hierbei auf die Packungsbeilage hin – aufmerksam zu machen. Es ist wichtig, dem Patienten die Grundregeln medikamentöser Therapien zu verdeutlichen und nahe zu bringen, dass alles potenziell schädlich ist und vermieden werden soll, es sei denn, der zu erwartende Nutzen rechtfertigt eine Medikation (Defensive Therapie, im Gegensatz zu einer zu offensiven Therapie, geleitet von dem Gedanken: „Wir müssen doch helfen.“. Hier werden leicht Gefahren der Therapie übersehen.). Generell soll der Therapieerfolg – wo möglich – in klar definierten Zeitabständen überprüft und mit dem Patienten besprochen werden, um ihm auch die Bedeutung einer Therapie oder eines Therapieabbruches zu vermitteln.

4.12.4 Spezielle Vorgaben für die Moderation

Haltungen und Einstellungen des Moderators sowie Anforderungen an die Dokumentation

Der Moderator sollte gegenüber der verwendeten Leitlinie grundsätzlich positiv eingestellt sein, auch wenn einzelne Punkte kritisch hinterfragt werden. Da auch seine Daten im Zirkelvergleich enthalten sind, könnte er die Anonymisierung seiner Daten aufheben und seine Verordnungsdaten kritisch hinterfragen. Es hilft den Teilnehmern, die mit dieser Art der Betrachtung ihrer Arbeitsweise nicht vertraut sind, sich ebenfalls zu öffnen.

Um Akzeptanz für die Verordnungsanalyse zu wecken, ist es darüber hinaus wichtig, erkennbare Abweichungen der Verordnungsweise von den Empfehlungen (Performance Gap) nicht als Fehler hinzustellen, sondern zum Anlass zu nehmen, nachzufragen und zu diskutieren. Diesen Performance Gap aufzuzeigen, stellt die Schlüsselmethode dieses Konzeptes dar und eröffnet die Diskussion unter den Zirkelteilnehmern. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die Daten aller Zirkelteilnehmer kodiert erkennbar sind und besprochen werden, um eine Asymmetrie zu verhindern und somit ein faires Diskutieren zu ermöglichen. Mögliche Diskussionsthemen können sein:

- Praxisbesonderheiten (z.B. Patientenklientel mit überdurchschnittlich hohem Lebensalter, Versorgung von Altenheimen)
- Patientenwünsche (z.B. inhalative Corticoide werden oftmals nicht akzeptiert)
- Handhabung von Therapieempfehlungen aus dem Krankenhaus
- Strategien zur Kontrolle von Verordnungsmengen, zum Austausch von Original- gegen Generikaverordnung, Umgang mit Arzneimittelmustern
- Vorgehensweise zur Motivierung von Patienten zur Umstellung der Lebensweise
- Verordnung durch den Arzt als Mittel zur Beendigung der Konsultation. Häufig glaubt der Arzt, der Patient erwarte ein Rezept, obwohl dieser nur einen Rat oder eine allgemeine Maßnahme benötigt und eine Medikation damit meist verzichtbar ist.

© KBV

Ein wichtiges Ergebnis der Diskussion kann es auch sein, wenn die Zirkelteilnehmer in ihrem bisherigen Verordnungsverhalten bestätigt werden.

Der Moderator muss sich für die Strukturierung der Sitzung und der Diskussion verantwortlich fühlen. Hierzu gehört auch, dass am Ende der Sitzung Zeit für eine Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte der Analyse und der getroffenen Zielvereinbarung vorgesehen ist. Letzteres bedeutet, dass sich die Teilnehmer darüber verständigen, ob und was sie in ihrem Verordnungsverhalten verändern wollen und wie sie mögliche Umsetzungshemmnisse bewältigen (Praxisaufgaben). Gleichzeitig sollte vereinbart werden, in welchen Zeitintervallen sich die Zirkelteilnehmer über die erreichten Ergebnisse austauschen wollen.

Die Ergebnisse der Zirkelsitzung, insbesondere die vereinbarten Ziele zur Veränderung des Verordnungsverhaltens sollten unbedingt dokumentiert und allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sollte Vertraulichkeit über die Protokolle vereinbart werden.

Umgang mit kritischen Moderationssituationen

Der Moderator muss auf kritische Moderationssituationen eingestellt sein. Hierzu zählt der Umgang mit „Schweigern" ebenso wie mit „Vielrednern", mit ablehnenden Äußerungen gegenüber dem Konzept oder mit mangelnder Akzeptanz der Evidenzquellen. Ablehnende Haltungen sind insbesondere dann zu erwarten, wenn die Teilnahme an einem Zirkel oder auch die Themenwahl nicht durch eigene Motivation erfolgt, sondern eine Verpflichtung darstellt oder als solche wahrgenommen wird. Folgende Empfehlungen können gegeben werden:

- Wenn der Moderator bemerkt, dass ein Teilnehmer aggressiv wird, empfiehlt es sich, dies anzusprechen und den Teilnehmer zu bitten, sich zu äußern. Anschließend sollte man den Zirkel einbinden und andere Teilnehmer fragen, wie ihre Wahrnehmung dazu ist. Dies verhindert eine Polarisierung zwischen Moderator und unzufriedenem Zirkelteilnehmer. Mitunter kann es auch hilfreich sein, dem Teilnehmer zu signalisieren, dass am Ende der Sitzung der Punkt noch einmal aufgegriffen und diskutiert werden könne.
- Wenn der Zirkel eine gesundheitspolitische Diskussion beginnt, sollte man immer auf die Settingregeln verweisen. Man kann auch anbieten, diese Diskussion in der Pause oder auch im Anschluss an die Sitzung zu führen.

Vorbereitung der Zirkelsitzung

- inhaltliche Vorbereitung der Sitzung: Themenauswahl und Ausarbeitung des „state of the art" (Leitlinien)
- Datenaufbereitung (Präsentation) auf der Grundlage der vorab von einer Institution oder den Teilnehmer zur Verfügung gestellten Daten
- organisatorische Vorbereitung der Sitzung: Raum- und Technikbuchung, rechtzeitige Einladung (AB 1: Muster Einladungsschreiben), Zusendung von Vorinformationen (z.B. wissenschaftliche Literatur, existierende Verfahrensanweisungen zum Thema)
- Teilnehmerliste mit Kontaktdaten vorbereiten und an die Teilnehmer verteilen (AB 2: Teilnehmer und Kontaktdaten)
- Teilnehmerliste der Ärztekammer zur Erfassung der Barcodes für den Erwerb der Fortbildungspunkte vorhalten
- Feedback-Bogen (AB 3) vorbereiten und kopieren

Phasenablauf der Moderation

Es wird empfohlen, das Thema in zwei Sitzungen zu moderieren. Bei einem etablierten Zirkel erfolgt die Moderation des Themas in vier Phasen.

© KBV

Phase I: Einführung in die Methodik (nur bei erstmaligem Treffen)

Zeitbedarf: 70–80 Minuten

Schritte		Hinweis Moderationsplakat (MP) Dokumente/Instrumente
1	Begrüßen Sie die Teilnehmer und stellen Sie sich als Moderator vor. Stimmen Sie dann den Ablauf der Sitzung (Tagesordnung) mit den Teilnehmern ab. Nutzen Sie die anschließende Vorstellungsrunde, um die Gründe für die Teilnahme am QZ zu erfragen und den Erfahrungshintergrund der Teilnehmer in der Qualitätszirkelarbeit zu ermitteln. Fragen Sie Erwartungen und Befürchtungen zur Zirkelarbeit ab.	**MP 1: Erwartungen und Befürchtungen**
	Methodische Hinweise: Alle Teilnehmer sollten einbezogen werden. Die Ergebnisse der Erwartungsabfrage sollten auf dem MP dokumentiert und am Ende der Sitzung noch einmal aufgegriffen werden. Die Diskussionsrunde über Erwartungen und Befürchtungen dient gleichzeitig dem besseren Kennenlernen der Zirkelteilnehmer. Sofern die Teilnehmer Namensschilder verwenden, sollten diese gut sichtbar aufgestellt werden.	
2	Vereinbaren Sie im Folgenden die Regeln für die Arbeit im Qualitätszirkel – das sog. Setting. Stellen Sie die Grundsätze der QZ-Arbeit vor und ermitteln Sie im Rahmen einer Abfrage bei den Teilnehmern, was jedem Einzelnen wichtig für die Zusammenarbeit ist. Dokumentieren Sie das Ergebnis und konsentieren Sie mit den Teilnehmern die Regeln, die in der weiteren Zirkelarbeit berücksichtigt werden sollen.	**Vortrag/Präsentation, Flipchart oder Pinnwand**
	Methodische Hinweise: Achten Sie darauf, dass sich alle Teilnehmer beteiligen. Dieser Schritt ist eine wesentliche Grundlage für die weitere Zusammenarbeit im Zirkel. Die Ergebnisse sollten so dokumentiert werden, dass sie ggf. bei weiteren Sitzungen wieder aufgerufen werden können.	
3	Führen Sie nun anhand einer Präsentation in die Thematik Pharmakotherapie, insbesondere zu den Schwerpunkten gesetzliche und vertragliche Grundlagen für Arzneimittel-Verordnungen (Arzneimittel-Richtlinien), Arbeiten mit einem Rückmeldesystem und Arbeiten mit Leitlinien bzw. anderen Evidenzquellen ein. Es sollte grundsätzlich mit solchen evidenzbasierten Leitlinien gearbeitet werden, die Relevanz für das Fachgebiet der Zirkelteilnehmer haben. Das erhöht die Akzeptanz.	**Vortrag/Präsentation**
	Methodische Hinweise: Die Grundsätze der Evidenzbasierten Medizin sollten den Teilnehmern zunächst vorgestellt werden (s. dazu auch Handbuch Qualitätszirkel, Kapitel 4 – Methoden und Instrumente der Evidenzbasierten Medizin). [13] Die Teilnehmer sollten vor Beginn des Qualitätszirkels darüber informiert sein, dass bei einer zirkelbezogenen Darstellung der Verordnungsweise die verwendeten Daten anonymisiert vorgestellt werden und dass jeder Einzelne seine Daten an einem Code erkennen und mit den Daten der anderen Teilnehmer vergleichen kann. Die Teilnehmer sollten über die Notwendigkeit von Messparametern (Indikatoren) informiert werden. Diese Indikatoren müssen evidenzbasiert und in der gewählten Leitlinie eindeutig identifizierbar sein. Der erfahrene Moderator kann aus früheren QZ und den Rückmeldungen der Teilnehmer dazu berichten. Unterstützend sind Teilnehmer, die bereits Erfahrung mit Rückmeldesystemen haben und diese schätzen.	

Übergreifende Hinweise zu Phase I:
Je nach Vorkenntnis der Teilnehmer sollte die erste Sitzung entweder nur aus einer Einführung in die Thematik und der Vorstellung der Daten im Überblick bestehen oder mit einem Indikationsgebiet kombiniert werden, das sich anhand einiger weniger aussagekräftiger Indikatoren darstellen lässt. In diesem Fall würde sich die Phase II unmittelbar anschließen.
Sofern im Zirkel dokumentiert werden muss, sollten Sie dafür jeweils einen Schriftführer aus dem Kreis der Zirkelteilnehmer bestimmen, um sich selbst als Moderator zu entlasten.

Ziele der Phase I	
1.	Die Teilnehmer haben sich kennengelernt.
2.	Sie sind mit den Modalitäten der QZ-Arbeit vertraut.
3.	Sie haben Regeln der Zusammenarbeit im QZ konsentiert.
4.	Die Teilnehmer verfügen über Grundkenntnisse der Evidenzbasierten Medizin.
5.	Sie kennen die Grundsätze leitliniengestützter Verordnungsweise und die rechtlichen Rahmenbedingungen für ihr Handeln.
6.	Der Moderator hat einen Überblick über die Vorkenntnisse der Teilnehmer und die individuellen Beweggründe für die Teilnahme am QZ.

© KBV

Phase II: Rationale und rationelle Pharmakotherapie auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien

Zeitbedarf: 35 Minuten

Schritte		Hinweis Moderationsplakat (MP) Dokumente/Instrumente
1	Ggf. wird mit dieser Phase erst in der zweiten Zirkelsitzung begonnen. Vor der Bearbeitung eines konkreten Themas sollte der Moderator kurz auf offene Fragen aus Phase I eingehen.	
	Methodische Hinweise: Falls zu offenen Fragen weiterer Klärungsbedarf besteht, muss vereinbart werden, wer für die Einholung der notwendigen Informationen verantwortlich ist.	
2	Einführung in das Thema des Tages Der Moderator oder ein vorab beauftragter QZ-Teilnehmer führen in das Thema des Tages ein und erläutern, aus welchem Grund das Thema ausgewählt wurde, z.B. wegen eines erkannten Versorgungsdefizits, wegen eines Paradigmenwechsels in diesem Bereich oder wegen sehr hoher Therapiekosten.	**Präsentation mit anonymisierten Statistiken** **Pinnwand und -karten, Flipchart**
	Methodische Hinweise: Im Zirkel kann ein Meinungsbild hergestellt werden, mit welchen Problemen der Arzt bei der Diagnose und Behandlung der zu besprechenden Erkrankung besonders konfrontiert ist (Flipchart- oder Pinnwandabfrage). Auf die von den Teilnehmern genannten Punkte sollte auf alle Fälle während der Zirkelsitzung eingegangen werden. Gemeinsam sollten Lösungsvorschläge unterbreitet werden. Zur Vorbereitung kann der Moderator mögliche Antworten auf diese Frage antizipieren und überprüfen, ob hierzu Handlungsempfehlungen vorliegen. Werden Aspekte von den Teilnehmern genannt, die in der Sitzung nicht bearbeitet werden konnten, sollte der Moderator den weiteren Umgang mit den offenen Fragen vereinbaren (Wer holt wo Informationen ein, wie werden die Zirkelteilnehmer in Kenntnis gesetzt?).	
3	Information zu existierenden Leitlinien Der Moderator gibt einen Überblick über existierende Leitlinien zur Thematik und diskutiert grundsätzliche Fragen mit den Zirkelteilnehmern.	**z.B. www.arztbibliothek.de**
	Methodische Hinweise: Auf den Zeitrahmen achten, es geht hier nur um einen Überblick und nicht um die inhaltliche Diskussion jeder Leitlinie. Die Übersicht kann in Papierform verteilt werden, sofern sie nicht bereits vor der Sitzung als Datei versandt worden ist.	
4	Präsentation der ausgewählten Leitlinie Der Moderator informiert detailliert über die ausgewählte Leitlinie und begründet die Auswahl. Er stellt die aus der Leitlinie abgeleiteten Indikatoren vor. Danach erfolgt die Diskussion und Konsensbildung zum korrekten Verordnungsverhalten in der Gruppe. Dieses Vorgehen dient der Vereinheitlichung des Kenntnisstandes.	**Präsentation**
	Methodische Hinweise: Bei der Auswahl der Leitlinie ist darauf zu achten, wer der Adressat dieser Leitlinie ist und ob sie evidenzbasiert, aktuell und frei von kommerziellen Einflüssen ist. Es empfiehlt sich, die aktuelle Leitlinie zunächst vorzustellen, mit den Kollegen zu diskutieren und auf die Empfehlungen, von denen sich Qualitätsmarker ableiten lassen, besonders hinzuweisen. Indikatoren müssen zumindest die Kriterien der Face Validity erfüllen (d.h. den Teilnehmern ist der Indikator plausibel). Dies vermeidet unnötige Diskussionen bei der Vorstellung der Daten.	

Übergreifende Hinweise zu Phase II:
Der Moderator sollte bei der Zirkelarbeit den Fokus auf die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen legen und mit dem Zirkel Strategien besprechen, wie sowohl auf Seiten des Arztes als auch auf Seiten des Patienten die Compliance und Adhärenz zu den Empfehlungen verbessert werden kann.

Ziele der Phase II

1.	Die Teilnehmer verfügen über einen einheitlichen Kenntnisstand zur Existenz von Leitlinien sowie zu der aktuell für die Zirkelarbeit ausgewählten Leitlinie.
2.	Sie sind über die Auswahl der Indikatoren für die Analyse des Verordnungsverhaltens informiert und es besteht Konsens über deren Anwendung.
3.	Eine Konsensbildung über das angestrebte Verordnungsverhalten ist erfolgt.

© KBV

Phase III: Analyse des Verordnungsverhaltens der Teilnehmer anhand der aus der Leitlinie ausgewählten Indikatoren

Zeitbedarf: 30 Minuten

Schritte		Hinweis Moderationsplakat (MP) Dokumente/Instrumente
1	Präsentieren Sie nun die anonymisierten Verordnungsdaten der Teilnehmer und konfrontieren Sie sie mit dem eigenen Verordnungsverhalten. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, ihr reales Verordnungsverhalten mit dem eigenen erwarteten Verordnungsverhalten (Performance Gap) sowie mit dem Verordnungsverhalten der anderen Zirkelteilnehmer bzw. der Fachgruppe zu vergleichen.	**Präsentation**
	Methodische Hinweise: Die Darstellungen müssen selbsterklärend sein, d.h. die Bezugspopulation muss klar und aus der Legende ersichtlich sein. Der Moderator sollte mit der ICD-10-Codierung, mit der ATC-Klassifikation und dem DDD-Konzept vertraut sein.	
2	Es folgt die Diskussion des Verordnungsverhaltens der Teilnehmer im Vergleich untereinander sowie im Vergleich zu den Leitlinienempfehlungen. Ggf. kann dies in Kleingruppenarbeit mit anschließender Vorstellung der Ergebnisse im Zirkel erfolgen. Die Teilnehmer diskutieren ihre Verordnungsdaten in der Gegenüberstellung von Wunsch (Ziel) und Wirklichkeit. Sie reflektieren Gründe/Ursachen für ihr Verordnungsverhalten.	
	Methodische Hinweise: Die Präsentation der Praxisdaten erfolgt anonymisiert. Erfahrungsgemäß wird die Diskussion nach einigen Sitzungen entspannter, sodass die Teilnehmer meistens spontan auf die Anonymität verzichten, um ihre Probleme unter Kollegen besser besprechen zu können. Der Moderator kann hier beispielhaft den Anfang machen. Die Patientenanonymität muss in jedem Fall gewahrt bleiben. Erfahrene Moderatoren verknüpfen die Vorstellung der Leitlinienempfehlungen zur Pharmakotherapie mit den Verordnungsanalysen. Dadurch wird ein Dozieren der Leitlinie vermieden. Der Moderator sollte dabei die Selbstbewertung fördern und auf die unterschiedlichen Reaktionen der Teilnehmer vorbereitet sein. Das Spektrum der Reaktionen reicht mitunter von deutlicher Ablehnung der Daten und Statistiken (da die eigene Kompetenz in Frage gestellt ist) bis hin zur Betroffenheit und dem Vorsatz, im Praxisalltag etwas zu verändern. Der Moderator muss vor allem bei deutlicher Ablehnung der Verordnungsanalyse in der Lage sein, Bereitschaft für die Auseinandersetzung mit den eingefahrenen Verordnungsweisen zu wecken [5].	

Übergreifende Hinweise zu Phase III:
Es muss mit Fingerspitzengefühl – insbesondere in den ersten Sitzungen – moderiert werden, um die Kollegen an das Konzept heranzuführen und nicht zu verprellen. Anderseits muss auf Auffälligkeiten und Defizite sowie auf Änderungsmöglichkeiten deutlich hingewiesen werden.

Ziele der Phase III	
1.	Der Arzt ist in seinem Verordnungsverhalten durch Implementierung von evidenzbasierten Therapien, Hilfen zur Patientenberatung und Hilfen zur permanenten Aktualisierung des ärztlichen Wissens gestärkt.
2.	Akzeptanz und Bereitschaft zur Implementierung von evidenzbasierten fachgebietsspezifischen Leitlinien sind erhöht.
3.	Motivation für Veränderungen ist erzeugt.

© KBV

Phase IV: Veränderung des Verordnungsverhaltens

Zeitbedarf: 20 Minuten

Schritte		Hinweis Moderationsplakat (MP) Dokumente/Instrumente
1	Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Teilnehmern Therapieziele für das diskutierte Krankheitsbild. Verdeutlichen Sie, inwieweit eine an der Leitlinie orientierte Therapie zur Veränderung des Verordnungsverhaltens führt. Dies kann sowohl die Qualität als auch die Kosten betreffen. Arbeiten Sie unterstützende und hemmende Faktoren für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen heraus. Überlegen Sie gemeinsam, von welcher Seite mit Widerständen zu rechnen ist (Patient, Krankenkasse, Angehörige, KV etc.) und wie mit diesen Widerständen umzugehen ist.	
	Methodische Hinweise: Dieser Arbeitsschritt kann auch in Kleingruppen mit anschließender kurzer Ergebnisvorstellung erfolgen. Achten Sie darauf, dass im Zirkel eine Fokussierung auf ein Therapieproblem vorgenommen wird und dafür Therapieziele formuliert werden. Darüber hinaus sollte in der Zirkelsitzung Zeit eingeplant werden, gemeinsam zu reflektieren, welche Rahmenbedingungen im Praxisalltag die Umsetzung dieser Empfehlungen erschweren bzw. fördern. Dabei sollten insbesondere die Faktoren betrachtet werden, die von den Teilnehmern selbst – durch Veränderung in der Praxisorganisation, durch eigenes Handeln aktiv beeinflusst werden können. Der Moderator sollte im Zirkel die Gelegenheit bieten, sich in kollegialer Diskussion über Probleme im Umgang mit Patienten auszutauschen, z.B. bei Therapieänderungen, Änderungen von lang bestehenden Therapien oder Präparatewechsel.	
2	Legen Sie nun gemeinsam die Arbeitsziele für den Praxisalltag fest. Wählen Sie zusammen mit den Teilnehmern auf der Grundlage der unter Schritt 1 erzielten Ergebnisse die Arbeitsziele aus, die bis zur nächsten Zirkelsitzung oder bis zu einem festzulegenden Termin umgesetzt werden sollen. Konsentieren Sie die Evaluationsparameter, anhand derer die Veränderung im Verordnungsverhalten nachgewiesen werden kann, d.h. ein Vergleich zum Zeitpunkt vor der Intervention möglich ist. Halten Sie diese schriftlich fest.	**Flipchart, Fotoapparat**
	Methodische Hinweise: Die Ziele sollten konkret sein, die Teilnehmer müssen wissen, was sie am nächsten Tag in der Praxis verändern können/sollen. Konzentrieren Sie sich am besten nur auf ein oder zwei Ziele. Um einen Vergleich zum Stand vor der Intervention (Beginn der Aktivität des Pharmakotherapie-Zirkels) vornehmen zu können, müssen die Indikatoren stabil gegenüber Veränderungen (z.B. der Abrechnung, Erstattung der Arzneimittel) sein. Umso wichtiger ist es, sie von Anfang an gezielt auszuwählen.	
3	Fassen Sie abschließend die Zirkelsitzung und die erzielten Ergebnisse zusammen. Gehen Sie nochmals auf die zu Beginn durchgeführte Abfrage der Erwartungen und Befürchtungen ein. Geben Sie den Teilnehmern Gelegenheit für ein Blitzlicht-Feedback. Vereinbaren Sie, wie mit ggf. noch offenen Fragen verfahren wird.	**AB 3: Feedbackbogen**
	Methodische Hinweise: Beim Blitzlicht-Feedback bitten Sie die Teilnehmer der Reihe nach um ein Statement (1 Satz) zur abgehaltenen Zirkelsitzung. Hierzu wird keine Diskussion geführt. Verteilen Sie am Ende den Evaluationsbogen. Erläutern Sie kurz, wie er auszufüllen und bis wann er zurückzugeben ist.	

Übergreifende Hinweise zur Phase IV:
Achten Sie darauf, dass Zirkelinhalte, ausgewählte Leitlinie und Qualitätsindikatoren, Arbeitsziele und Evaluationsparameter schriftlich fixiert werden.

Ziele der Phase IV	
1.	Strategien zur Erreichung bzw. Umsetzung der vereinbarten Therapieziele sind gemeinsam erarbeitet.
2.	Mögliche Widerstände sind diskutiert und Lösungsstrategien entwickelt.
3.	Die Evaluationsparameter, anhand derer die Veränderung der Therapiequalität gemessen werden soll, sind vereinbart.
4.	Die Teilnahme am Qualitätszirkel hat die Möglichkeit für die Evaluation, d.h. den Nachweis der Veränderung und Zielerreichung geschaffen.

© KBV

4.12.5 Moderationsmedien und unterstützende Materialien

Als Moderationsmedien haben sich Präsentationen mittels Laptop und Beamer und Moderationsplakate bewährt. Zu den Zirkelmaterialien zählen neben den praxisindividuellen Manualen mit den Feedback-Analysen gedruckte Leitlinien und Patienteninformationen. Es ist hilfreich, wenn die Moderatoren den ATC-Code mit DDD-Angaben zur Hand haben (z.B. pdf-Datei auf dem Laptop).

Die Auswertungen und die Manuale werden in der Regel von der KV oder dem externen Dienstleister erstellt und versandt. Leitlinien sind frei verfügbar (Download aus dem Internet, z.B. unter www.leitlinien.de, www.arztbibliothek.de oder www.pmvforschungsgruppe.de).

Weitere Informationen und Materialien stehen im Arzneimittelinformationssystem auf der Website der KBV unter http://www.kbv.de/ais/ais.html zur Verfügung.

Zur Veranschaulichung und Protokollierung bestimmter Diskussionsergebnisse können Flipchart oder Pinnwände genutzt werden. Hierbei wäre es zu empfehlen, die erstellten Übersichten etc. zu fotografieren, um sie allen Teilnehmern zur Verfügung stellen zu können.

Moderationsplakate können Sie als DIN A0-Ausdrucke in jedem Copyshop mit Hilfe eines Großdruckers erstellen lassen (ggf. kann auch Packpapier verwendet werden). Ein kleinerer Ausdruck ist nicht zweckmäßig, da dann nicht mehr sinnvoll in den Plakaten geschrieben werden kann. Sie können die Plakate natürlich auch mittels Beamer projizieren und die Abfrageergebnisse in der Datei dokumentieren. Der Nachteil der Beamerprojektion besteht darin, dass immer nur ein Plakat bearbeitet werden kann, was den Verlauf der Moderation evtl. unübersichtlich gestaltet. Die ausgedruckten Moderationsplakate dagegen bleiben nach dem Ausfüllen an der Pinnwand hängen und ermöglichen einen Gesamtüberblick über die Diskussionsergebnisse.

Die Auswahl der Moderationsmedien sollte von den Vorlieben des Moderators, der Arbeitsweise der Gruppe sowie der technischen und finanziellen Ausstattung des Qualitätszirkels abhängig gemacht werden. [28]

© KBV

Muster:

Einladungsschreiben für die Sitzung des Qualitätszirkels „Pharmakotherapie“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Qualitätszirkel stellen ein etabliertes Verfahren ärztlicher Qualitätssicherung und Fortbildung dar. Speziell für Pharmakotherapiezirkel gilt, dass die Teilnehmer die Bereitschaft mitbringen, ihr eigenes Verordnungsverhalten kritisch zu hinterfragen, im Austausch mit Kollegen zu vergleichen (Benchmarking) und unter Berücksichtigung von Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin zu überprüfen. Im Ergebnis steht die Modifikation des Verordnungsverhaltens unter Aspekten der Qualitätsverbesserung und Kostenoptimierung.

Sie haben sich entschlossen, an einem Pharmakotherapiezirkel teilzunehmen. Zur ersten Sitzung mit dem Thema:

.....

am

um

in

lade ich Sie sehr herzlich ein.

Bereits jetzt möchte ich Sie darauf hinweisen, dass die Arbeit im Zirkel auf der Basis der „Echtdaten“ der beteiligten Praxen erfolgt, die anonymisiert verwendet werden.

Für Ihre verbindliche Anmeldung zur Sitzung verwenden Sie bitte die angegebene E-Mail-Adresse.

Mit freundlichen Grüßen

[Name]

Anlage

AB 1: Muster Einladungsschreiben

© KBV

Teilnehmerliste				
Qualitätszirkel [Hier Name des Zirkels eingetragen]				
Pos.	**Arzt/Ärztin**	**Praxisanschrift**	**Telefon und Fax**	**Internet-/E-Mail-Adresse**
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

AB 2: Teilnehmer und Kontaktdaten

© KBV

Pharmakotherapiezirkelsitzung Datum:

Erwartungen und Befürchtungen im Hinblick auf die Arbeit im Qualitätszirkel

Erwartungen	Befürchtungen

MP 1: Erwartungen und Befürchtungen

© KBV

Feedbackbogen

Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den Aussagen über den heutigen Pharmakotherapiezirkel zustimmen können, indem Sie jeweils ein Kreuz in jede Reihe setzen. Vielen Dank!

		Stimmt genau				**Stimmt gar nicht**
		☺☺	☺	😐	☹	☹☹
Praxisaufgaben der letzten Sitzung						
1.	Die Praxisaufgabe der letzten Sitzung haben wir gut bearbeiten können.					
2.	Die erarbeiteten Therapieempfehlungen habe ich umgesetzt.					
3.	[Hier ggf. ein weiteres Abfragekriterium einfügen.]					
Bearbeiten der Inhalte						
4.	Das Thema der heutigen Sitzung ist für meine Praxis wichtig.					
5.	Die zur Verfügung gestellten Daten waren valide.					
6.	Die Auswahl der Leitlinie war nachvollziehbar.					
7.	Die Diskussion hat mich angeregt, mich mit meinem Verordnungsverhalten auseinanderzusetzen.					
8.	Ich fühle mich in der Lage, die erarbeiteten Therapieempfehlungen umzusetzen.					
9.	[Hier ggf. ein weiteres Abfragekriterium einfügen.]					
Methodik						
10.	Der Moderator hat die Gruppe ergebnisorientiert geführt.					
11.	Die eingesetzten Medien waren geeignet und hilfreich unterstützend.					
12.	Die Arbeit unserer QZ-Gruppe fand ich effektiv.					

Kommentar/Anregung/Verbesserungsvorschlag für den Moderator:

AB 3: Muster-Feedbackbogen

© KBV

4.12.6 Kurzversion

Pharmakotherapie		
Phase	**Wichtige Arbeitsschritte**	**Zeitbedarf**
Phase I: Einführung in die Methodik	• Vorstellungsrunde: Name, Fachrichtung, Praxisart und -größe • Erfahrungshintergrund in der QZ-Arbeit • Erwartungen und Befürchtungen abfragen • Regeln für QZ-Arbeit vereinbaren • Erfahrungen zur Arbeit mit Leitlinien, AM-Richtlinien und Rückmeldesystemen erfragen	(nur bei neuem QZ 70–80 Min.)
Phase II: Pharmakotherapie auf EbM-Basis	• Nachbesprechung der vorherigen Sitzung, Klären offener Fragen • Einführung in das Thema der Sitzung • Information zu existierenden Leitlinien • Präsentation der ausgewählten Leitlinie und Begründung der Auswahl • Vorstellen der abgeleiteten Indikatoren	35 Min.
Phase III: Analyse des Verordnungsverhaltens	• Präsentation anonymisierter Verordnungsdaten der Teilnehmer • Diskussion des Verordnungsverhaltens • Abgleich des erwarteten Verhaltens mit dem tatsächlichen • Abgleich zu den Leitlinienempfehlungen	30 Min.
Phase IV: Veränderung des Verordnungsverhaltens	• Vereinbaren von Therapiezielen • Herausarbeiten der unterstützenden und hemmenden Faktoren für die Umsetzung der Leitlinienempfehlung • Arbeitsziele für den Praxisalltag festlegen und dokumentieren • Klären offener Fragen • Blitzlichtfeedback und Übergabe der Evaluationsbogen	20 Min.

© KBV

4.12.7 Literaturverzeichnis

[1] Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E, Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. überarb. Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2001

[2] Bausch J, Ausgabenexplosion Arzneimittel – Was ist zu tun? Hessisches Ärzteblatt 7/2002 S. 415–418

[3] Bundesministerium für Gesundheit, Strategie zur Erkennung, Prävention und Kontrolle von Antibiotika-Resistenzen in Deutschland. Erster Entwurf zur Abstimmung mit betroffenen Ak-teuren vorgelegt vom Bundesministerium für Gesundheit. Berlin; 16.05.2008 [http://www.bmg-bund.de, letzter Zugriff: 28.07.1008]

[4] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahr 2012. [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/ downloadcenter/atcddd/version2012/atc-ddd-amtlich-2012.pdf, 01.11.2012]

[5] Ferber L von, Köster I, Qualitätsbewusste Arzneimitteltherapie ist wirtschaftlich. Köln, Leipzig: ISAB Verlag, 1994; Nr. 28

[6] Ferber L von, Alberti L, Pharmakotherapieberatung in ärztlichen Qualitätszirkeln. Deutsches Ärzteblatt 1993; 31: B91

[7] Ferber L von, Köster I, Schubert I, Ihle P, Fortbildung in Pharmakotherapiezirkeln – eine evaluiertes Verfahren zur Optimierung der Arzneimitteltherapie. In: Badura B, Siegrist J (Hrsg), Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa-Verlag: 1999; 149–162

[8] Fricke U, Günther J, Zawinell A, Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Methodik der ATC-Klassifikation und der DDD-Festlegung. ATC-Index mit DDD-Angaben; Bonn, versch. Jg.

[9] Gerlach FM, Beyer M, EbM in der Praxis des niedergelassenen Arztes. In: Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. hrsg., von Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H et al. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2000: 69–82

[10] Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg) Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 2005

[11] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren – Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, 2009

[12] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) Praxiswissen, Mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie, 2012

[13] Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) Handbuch Qualitätszirkel, 3. Auflage, 2013

[14] Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie: Leitlinie Geriatrie Teil 1 und Teil 2 ; 2008 [www.pmvforschungsgruppe.de, www.leitlinien.de]

[15] Leitliniengruppe Hessen, DEGAM et al., Leitlinie Multimedikation 2012 [www.pmvforschungsgruppe.de, www.leitlinien.de]

[16] Leitliniengruppe Hessen – Hausärztliche Pharmakotherapie: Leitlinie Hausärztliche Gesprächsführung. 2006 [www.pmvforschungsgruppe.de, www.leitlinien.de]

[17] Loh A, Simon D, Niebling W, Härter M, Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Z Allg Med 2005;81:550–560

[18] PMV forschungsgruppe, Implementierung interdisziplinärer Leitlinien für wichtige Versorgungsbereiche mit Hilfe des Leitlinien-Clearingverfahrens der Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen (Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit). (2005 Aug 22). 2003 [http://www.pmvforschungsgruppe.de]

[19] Schneider A, Broge B, Szecsenyi J, Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement. Z Allg Med 2003;79:547–552

[20] Schubert I, Lelgemann M, Kirchner H, von Ferber C, von Ferber L, Ollenschläger G, Hrsg. ÄZQ Berlin, PMV forschungsgruppe Köln Handbuch zur Entwicklung regionaler Leitlinien. Leitliniengruppe Hessen ÄZQ Schriften - reihe, Band 26, Berlin, 2006

[21] Schwabe U, Paffrath D, Arzneiverordnungsreport 2012. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 2012

[22] Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg) QiSA: Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. KomPART Verlagsgesellschaft Berlin 2009; versch. Jg.

[23] AQUA – Institut für Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (Hrsg) Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V, Version 3.0, Göttingen 15.11.2012

© KBV

Anhang

Erläuterung wichtiger Begriffe[1]

- **Arzneimittelpatient (Rezeptpatient):** In den Datenanalysen ist zu unterscheiden, ob die Grundgesamtheit aus allen Patienten der Praxis („Scheinzahl") oder aus den Arzneimittelempfängern besteht. Da für die Zirkelarbeit oftmals die Anzahl der Patienten eines Arztes als Information nicht zur Verfügung steht oder diese Angabe der Praxisgröße nicht gewünscht wird, kann die Gruppe der Patienten, die ein Rezept zu Lasten der GKV erhalten und eingelöst hat, als Grundgesamtheit herangezogen werden (Rezeptpatienten). Ob alle Arzneimittelpatienten einer Praxis erfasst werden, hängt von der Art der Datenerhebung ab. Erfolgt diese über die Apothekenrechenzentren, fehlen Rezepte aus den Apotheken, die über private Rechenzentren abrechnen. Ebenso findet eine selektive Datenerfassung statt, wenn nur die Rezepte einzelner Krankenkassen herangezogen werden. Wichtig ist bei der Interpretation der Ergebnisse der Datenanalyse, dass die Datenbasis ausreichend groß ist. Sie sollte mindestens 80 bis 100 Arzneimittelpatienten pro Praxis umfassen, um noch Erkrankungs- und Behandlungsprävalenzen ohne Verzerrungen darstellen zu können.
- **ATC Code = Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem (ATC).** Die ATC-Klassifikation stellt ein international gebräuchliches System zur Klassifikation von Arzneimitteln nach therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien dar. Es ist hierarchisch aufgebaut und ermöglicht jeden Wirkstoff eindeutig – durch einen alphanumerischen Code – zuzuordnen. Die Festlegung erfolgt durch das WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology in Oslo. Die internationalen Richtlinien für die ATC-Klassifikation und der ATC-Index der WHO werden seit 2001 vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) für den deutschen Markt angepasst [4, 8].
- **Behandlungskorridor:** Es werden die Maßnahmen benannt, bei deren Anwendung man sich im Rahmen der gültigen medizinischen Erkenntnis und Erfahrung befindet. Dies bedeutet aber auch, dass es Maßnahmen gibt, die nicht in diesem Bereich liegen, jedoch nicht automatisch obsolet sind, sondern im Einzelfall durchaus auch geeignet sind. Dies bedingt jedoch eine höhere Anforderung an die Dokumentation als die Maßnahmen innerhalb des „Behandlungskorridors".
- **Defined Daily Dose (DDD):** Die DDD stellt keine Dosierungsempfehlung dar, sondern orientiert sich an einer Erhaltungsdosis für einen Erwachsenen im Hauptindikationsgebiet des Wirkstoffes. Für jede DDD werden die Einheit (z.B. mg) und Darreichungsform angegeben. Für jede Packung eines Arzneimittels kann somit unter Heranziehung der Menge und Stärke die Anzahl der enthaltenen Tagesdosen ermitteln werden. Die DDD-Angaben werden amtlich klassifiziert, an ihrer genauen Festlegung sind Wissenschaftler, Vertreter der pharmazeutischen Industrie, der Ärzteschaft und Krankenkassen beteiligt (s. hierzu [4, 8]).
- **DDD-Kosten/Tagestherapiekosten** stellen die Durchschnittskosten pro Tagesdosis dar. Im Zusammenhang mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz sollen Ärzte Arzneimittel mit günstigen Tagestherapiekosten auswählen. Diese werden nur für Gruppen vergleichbarer und zugleich unterschiedlich teurer Arzneimittel berechnet (z.B. Statine, ACE-Hemmer). Das Konzept findet keine Anwendung für Arzneimittel, die eine therapeutische Einzelstellung haben und für die es deshalb auch keine Alternativen gibt.
- **Leitlinie:** Im Gegensatz zur Richtlinie (s.u.) ist eine Leitlinie eine von betroffenen Anwendern selbst erstellte Anweisung, wie diagnostisch oder therapeutisch vorzugehen ist, basierend auf bester Evidenz und Erfahrung. Diese Anweisung gibt jedoch lediglich einen „Behandlungskorridor" vor, wie im Allgemeinen verfahren wird. Abweichungen hiervon sind mit Begründung möglich und werden nicht sanktioniert (engl: guideline) [20].
- **Me-too-Präparate oder Analogpräparate:** Hierunter versteht man patentierte Arzneimittelwirkstoffe, die sich von bereits auf dem Markt befindlichen Produkten durch Molekülvariation unterscheiden. Ein therapeutischer Vorteil gegenüber dem Erstanbieter ist oftmals nicht nachgewiesen oder strittig. Allerdings sind nicht alle Analogpräparate teurer als der Erstanbieter, meist jedoch teurer als Generika der Erstsubstanz. In einigen Wirkstoffgruppen kam es durch die Einführung der Analogpräparate zu Preisreduktionen im Segment oder auch zu einem neuen Standard in der Therapie (z.B. einfacheres Einnahmeschema). Eine Liste der Me-too-Präparate findet sich im jährlich publizierten Arzneiverordnungsreport von Schwabe und Paffrath [21].
- **Medikamente erster Wahl:** Hiermit sind die Medikamente gemeint, die auf Grund ihrer Evidenzlage, ihres Verhältnisses von gewünschten und unerwünschten Wirkungen sowie ihrer Kosten-Nutzen-Relation als erstes im Therapieversuch in einem bestimmten Anwendungsgebiet eingesetzt werden sollen. Medikamente, deren Wirkung ebenfalls belegt ist, die jedoch ein ungünstigeres Nutzen-Risiko-Ver-

[1] s. hierzu auch Glossar unter http://www.aezq.de

© KBV

hältnis aufweisen oder weniger gut erprobt sind (z.B. Me-too), erhalten meist den Status „Reservemedikamente“, d.h., sie kommen erst dann zum Zuge, wenn die Medikamente „erster Wahl“ aus irgend einem Grund nicht geeignet sind.

- **Partizipative Entscheidungsfindung** ist ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen (zit. nach Loh et al. 2005 [17], s. auch [10]).
- **Qualitätsindikatoren** sind Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen. Die Qualität einer Einheit, die sich auf die Versorgungsrealität bezieht, wird durch Zahlen oder Anteile angegeben (im Sinne qualitätsbezogener Kennzahlen). Die Qualitätsindikatoren müssen valide sein (d.h. sie müssen das messen, was sie messen sollen), reproduzierbar und sensitiv. Letzteres bedeutet, dass eine Änderung der Qualität sich in einer entsprechenden Veränderung der Messgröße widerspiegeln muss. Es ist sinnvoll, zur Beurteilung eines Ausschnittes der Versorgung mehrere Indikatoren heranzuziehen. Bislang fehlt es an konsentierten und extern validierten Referenzwerten für die Indikatoren, anhand derer eine Beurteilung hinsichtlich guter oder schlechter Qualität möglich wäre. Im Kontext der Zirkelarbeit kann dies durch einen Konsens der Gruppe erfolgen. (Zu Indikatoren s. http://www.q-m-a.de, s. auch [19, 11])
- **Richtlinie:** Eine Richtlinie ist eine Vorschrift, die von einer (demokratisch) legitimierten Organisation für ein Gültigkeitsgebiet (z.B. BRD) erlassen wird, für alle verbindlich ist und bei der Verstöße in irgendeiner Form geahndet werden, z.B. Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (engl. directive).

© KBV