

III Umsetzung der Vertragsbestandteile

III 1 Anteil der HZV-Ärzte mit Teilnahme an vier Qualitätszirkeltreffen/ Jahr

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt den Anteil der HZV-ingeschriebenen Ärzten mit Teilnahme an wenigstens vier Qualitätszirkeltreffen im Jahr im Verhältnis zu allen HZV eingeschriebenen Ärzten an. |
| Erläuterung/ Begründung: | Qualitätszirkel sind in fast allen Regionen ein wesentlicher Vertragsbestandteil der Hausarztzentrierten Versorgung. Teilweise werden dafür sogar spezielle, zusätzliche Qualitätszirkelprojekte ins Leben gerufen. Für das erste Beobachtungsjahr muss dieser Indikator evtl. angepasst werden, da der Beginn der HZV zumeist nicht im Januar war. |

III 2 Anteil der HZV-Ärzte mit Anmeldung zu einem QM-System

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt den Anteil der HZV-ingeschriebenen Ärzten an, die sich für die Einführung eines bestimmten QM-Systems entschieden haben. |
| Erläuterung/ Begründung: | Ebenso wie die Qualitätszirkel ist die Umsetzung von QM-Systemen ein wesentlicher Vertragsbestandteil der HZV. In einem ersten Schritt melden sich die HZV-Ärzte dabei für ein bestimmtes System an. Der Anteil der HZV-Ärzte, die sich bereits für ein bestimmtes System entschieden haben, ist hier dargestellt. Neben dem Indikator selber sollte nach Möglichkeit auch eine Übersicht erstellt werden, zu welchem System sich die Teilnehmer angemeldet haben. |

III 3 Anteil der HZV-Ärzte mit zertifiziertem QM-System

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Die erfolgreiche Einführung der jeweiligen QM-Systeme wird durch verschiedene Zertifikate bestätigt. Hier ist der Anteil der HZV-Ärzte dargestellt, die ein solches Zertifikat erhalten haben. |
| Erläuterung/ Begründung: | Nicht in allen Regionen ist ein Zertifikat verpflichtend. Hier muss nach entsprechenden Ersatzkriterien gesucht werden, ab wann von einer Umsetzung des QM ausgegangen wird. |

IV Indikatoren für den Bereich "Koordinierung der Versorgung/ Patientensicherheit"

IV 1 Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je HZV-Teilnehmer (Primär #1)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte (HZV und nicht-HZV) pro HZV-teilnehmenden Versicherten (Patienten). |
| Erläuterung/ Begründung: | Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung ist zu erwarten, dass im Regelfall immer der gleiche Hausarzt konsultiert wird. Im Vergleich zur Kontrollgruppe sollte die Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte geringer sein. Eine minimale Unschärfe kann sich hier evtl. durch die Änderung von Arztnummern ergeben. |

IV 2 *NEU* Anteil der Versicherten, die mehr als einen Hausarzt konsultierten

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt den Anteil der HZV-Versicherten, die im Jahr mehr als einen Hausarzt konsultieren. |
| Erläuterung/ Begründung: | Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung ist zu erwarten, dass im Regelfall immer der gleiche Hausarzt konsultiert wird. Im Vergleich zur Kontrollgruppe sollte der Anteil der Versicherten die mehr als einen Hausarzt konsultieren geringer sein. Bedingt durch Urlaubsvertretungen kann dieser Wert verzerrt sein. Eine minimale Unschärfe kann sich hier evtl. durch die Änderung von Arztnummern ergeben. |

IV 3 Zahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte je HZV-Teilnehmer (Primär #2)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Zahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte (mit oder ohne Überweisung durch einen HZV-Arzt) je HZV-Teilnehmer. Fachgruppen, für die eine direkte Inanspruchnahme möglich ist (z.B. Augenärzte), werden bei der Erstellung des Indikators nicht berücksichtigt. |
| Erläuterung/ Begründung: | Bei besserer Koordinierung der Versorgung durch den Hausarzt sollte die Facharztinanspruchnahme gezielter erfolgen (der Patient landet gleich bei dem für sein Problem richtigen Spezialisten). Die Zahl der verschiedenen in Anspruch genommenen Fachärzte sollte daher geringer sein als in der Kontrollgruppe. |

IV 4 Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung für HZV-Teilnehmer (Primär #3)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung vom eigenen HZV-Arzt an allen Facharztkonsultationen. Fachgruppen, für die eine direkte Inanspruchnahme möglich ist (z.B. Augenärzte), werden bei der Erstellung des Indikators nicht berücksichtigt. |
| Erläuterung/ Begründung: | Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung ist zu erwarten, dass Facharztkonsultationen im Regelfall nur mit Überweisungen erfolgen. Der Anteil von Facharztkonsultationen mit Überweisung sollte daher höher liegen als in der Kontrollgruppe. |

IV 5 Zahl der Facharztkonsultationen je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Anzahl der Facharzt-Konsultationen (mit oder ohne Überweisung durch den HZV-Arzt). Fachgruppen, für die eine direkte Inanspruchnahme möglich ist (z.B. Augenärzte), werden bei der Erstellung des Indikators nicht berücksichtigt. |
| Erläuterung/ Begründung: | Ein Kernpunkt der zentralen Koordinierungsfunktion des Hausarztes ist, dass auf diese Weise Fachärzte angemessener in Anspruch genommen werden (Filterfunktion). Verglichen mit der Kontrollgruppe sollte die Zahl der Facharztkonsultationen daher geringer sein. |

IV 6 Patientenbezogene Wirkstoffzahl

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt die durchschnittliche Anzahl von Wirkstoffen an, die ein HZV-Versicherter erhalten hat. |
| Erläuterung/ Begründung: | Aus diesem Indikator lässt sich auf die Qualität der Koordinierung der Versorgung schließen. Je geringer die Wirkstoffzahl umso geringer das Risiko unerwünschter Wechselwirkungen bzw. umso höher ist dann die Versorgungsqualität. Auf Grund der angestrebten "Lotsen"-Funktion des HZVArztes werden hier nicht nur die Wirkstoffe beachtet, die der HZV-Arzt verordnet, sondern alle Wirkstoffe, die der HZV-teilnehmende Versicherte insgesamt (auch von anderen Ärzten) erhält. |

IV 7 Anteil der Patienten mit Polymedikation (>5 Wirkstoffe) an allen HZV-Teilnehmern

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Zeigt den Anteil der HZV-Versicherten mit Polymedikation an allen HZV-Versicherten. Eine Polymedikation liegt vor, wenn ein Versicherter pro Quartal mehr als fünf Wirkstoffe verschrieben bekommt. |
| Erläuterung/ Begründung: | Aus diesem Indikator lässt sich auf die Qualität der Koordinierung der Versorgung schließen. Bei Polymedikation besteht ein erhöhtes Risiko von Wechselwirkungen, daher ist ein möglichst niedriger Anteil optimal. Auf Grund der angestrebten "Lotsen"-Funktion des HZV-Arztes werden hier nicht nur die Wirkstoffe beachtet, die der HZV-Arzt verordnet, sondern alle Wirkstoffe, die der HZV-Teilnehmer insgesamt (auch von anderen Ärzten) erhält. Dies gilt auch für die folgenden Indikatoren. |

IV 8 Anteil der Alterspatienten (>60 Jahre) mit mehr als 4 Wirkstoffen je 100 HZV-Teilnehmer über 60 Jahren

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Zeigt den Anteil der HZV-Versicherten über 60 Jahre mit mehr als vier Wirkstoffen an allen HZV-Versicherten über 60 Jahren an. |
| Erläuterung/ Begründung: | Aus diesem Indikator lässt sich auf die Qualität der Koordinierung der Versorgung schließen. Bei Polymedikation besteht ein erhöhtes Risiko von Wechselwirkungen, daher ist ein möglichst niedriger Anteil optimal. Da Alterspatienten empfindlich auf Polymedikation reagieren, gibt es für sie einen eigenen Indikator. Auf Grund der angestrebten Lotsen-Funktion des HZV-Arztes werden hier nicht nur die Wirkstoffe beachtet, die der HZV-Arzt verordnet, sondern alle Wirkstoffe, die der HZV-Teilnehmer insgesamt (auch von anderen Ärzten) erhält. |

IV 9 Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen (Primär #4)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt den Anteil der stationär aufgenommenen HZV-Versicherten mit Eingriffen nach § 115 b Abs. 1 SGB V (AOP-Katalog, ohne Leistungen der Kategorie 2) an allen stationären Aufnahmen an. Auch mit Selbsteinweisungen/ Einweisungen durch nicht HZV-Ärzte. |
| Erläuterung/ Begründung: | Möglichst alle Leistungen, welche ambulant erbracht werden können, sollten auch ambulant erbracht werden (ambulant vor stationär). Im Hinblick auf eine Verbesserung der Koordinierung und Steuerung ist im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung ein geringerer Anteil an stationären Aufnahmen aus dem AOP-Katalog (im Verhältnis zu allen stationären Aufnahmen) zu erwarten als in der Kontrollgruppe. |

IV 10 Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen durch HZV-Ärzte veranlassten stationären Aufnahmen

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt den Anteil der stationär aufgenommenen HZV-Versicherten mit Eingriffen nach § 115 b Abs. 1 SGB V (AOP-Katalog, ohne Leistungen der Kategorie 2) an den durch HZV-Ärzte stationär eingewiesenen HZV-Versicherten an. Ohne Selbsteinweisungen und ohne Einweisungen durch nicht HZV-Ärzte. |
| Erläuterung/ Begründung: | Dieser Indikator ist als Ergänzung zum vorherigen zu verstehen. Hierbei wird stärker auf die durch HZV-Ärzte tatsächlich beeinflussbaren Krankenhausaufnahmen fokussiert. |

IV 11 Zahl der stationären Aufnahmen je 1000 HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt die Zahl der HZV-Versicherten mit Krankenhausaufnahme pro 1000 HZV-Versicherten an. |
| Erläuterung/ Begründung: | Eine bessere Koordinierung und Primärversorgung könnte am Ende auch zu einer geringeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser insgesamt führen. |

IV 12 Zahl der stationären Notfallaufnahmen pro 1000 HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Gibt die Zahl der HZV-Versicherten mit Notfallaufnahmen pro 1000 HZV-Versicherten an. Gezählt werden hier die stationären Aufnahmen, die mit dem Aufnahmearbeit "N" gekennzeichnet sind. |
| Erläuterung/ Begründung: | Möglicherweise führt die bessere Koordinierung und Versorgung der HZV-Patienten dazu, dass der stationäre Sektor vornehmlich geplant in Anspruch genommen wird. Die Zahl der Notfallaufnahmen sollte dann geringer sein als in der Kontrollgruppe. |

V Indikatoren für den Bereich „Leitlinienkonforme Therapie“

V 1 Verordnungsanteil von leitlinienkonformen Antibiotika bei Harnwegsinfekten an allen Antibiotikaverordnungen bei Harnwegsinfekten

| Beschreibung | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Verordnungsanteil von leitlinienkonformen Antibiotika bei Harnwegsinfekten an allen Antibiotikaverordnungen bei Harnwegsinfekten. Die Urethritis ist über den ICD-10 Code N34.2 bzw. R30.9 detektierbar. |
| Erläuterung/ Begründung: | Der Antibiotikaeinsatz in der Praxis wird von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft angesichts einer besorgniserregenden Resistenzentwicklung zunehmend kritisch hinterfragt. Da gerade 80 bis 90 % der ambulant erworbenen unkomplizierten Harnwegsinfekte (HWI) sich auf E. coli zurückführen lassen, sollte hier auf den Einsatz neuerer Breitspektrenantibiotika zugunsten gezielt wirksamer, bewährter Mittel, wie sie die DEGAM Leitlinie "Brennen beim Wasserlassen" empfiehlt, verzichtet werden. |

V 2 Antibiotika-Behandlung bei AOM (akuter Otitis media)

| Beschreibung | |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Akute Otitis Media hat den ICD 10 Code H66.0. Aus den Routinedaten aller Versicherten werden Patienten mit dieser Diagnose selektiert. Gleichzeitig wird analysiert, ob im Umfeld dieser Diagnose (d.h. vom selben Arzt) eine antibiotische Therapie eingeleitet wurde. Dieser Indikator zeigt den Anteil der Patienten mit (unnützer) antibiotischer Therapie und dieser Diagnose an allen Patienten mit dieser Diagnose. |
| Erläuterung/ Begründung: | Trotz der Häufigkeit der Erkrankung sind die Therapieregime nicht einheitlich. Die Antibiotikaverschreibung variiert in den Industrieländern zwischen 31% in den Niederlanden und 98% in den USA und Australien 22%. Die akute Otitis media zeigt eine Spontanheilungsrate von 81%. Zum geringeren Teil verläuft die Krankheit länger, geht mit einer Trommelfellperforation einher oder tritt beidseitig auf, wobei sich die behandelte kaum von der Kontrollgruppe unterscheidet. Schwerwiegende Komplikationen treten selten und unabhängig von der Behandlungsart auf. Durch eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient über gegenseitige Erwartungen und Vorstellungen können unnötige Antibiotikaverordnungen eingedämmt werden. Hilfreich für den Austausch sind hierbei schriftliche Patienteninformationen als Gesprächsgrundlage. Die Therapieentscheidung sollte idealerweise im Einvernehmen von Arzt und Patienten erfolgen (partizipative Entscheidungsfindung). |

V 3 Verordnungsanteil von COX-2-Hemmern

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Dieser Indikator untersucht den Verordnungsanteil der COX-2-Hemmer (ATC-Code: M01AH) an allen nichtsteroidalen Antirheumatika (ATC-Code: M01, also der Summe aus herkömmlichen, nicht-selektiven NSAR und COX-2-Hemmern). |
| Erläuterung/ Begründung: | Die zuständige EU-Kommission kam in einem Gutachten (Frühjahr 2004) zu der Entscheidung, dass zwar das Nutzen-Risiko-Verhältnis der COX-2-Hemmer als insgesamt positiv zu bewerten ist, hält allerdings hinsichtlich der gastrointestinalen und kardiovaskulären Sicherheit sowie hinsichtlich der potenziell schweren Hautreaktionen und Hypersensibilitätsreaktionen Änderungen der Produktinformationen bei allen Coxiben für erforderlich. Bei Neuverordnung ohne Vorliegen einer Risikokonstellation (Alter, Multimorbidität, gastrointestinale Blutungen in der Anamnese), insbesondere bei bedarfsweiser, niedrig bzw. mittelhoch dosierter oder kurz dauernder Verordnung sollten gemäß Anlage 4 nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien nicht-selektive NSAR bevorzugt werden. |

V 4 Anteil der eingeschriebenen Risikopatienten mit CSE-Hemmer-Therapie

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Der Indikator beziffert den Anteil der eingeschriebenen Risikopatienten, die mit CSE-Hemmern behandelt werden an allen Risikopatienten. Als Risikopatienten werden solche erachtet, die mit Antidiabetika (ATC-Code: A10), Antihypertensiva (ATC-Codes: C02, C03, C07, C08, C09) bzw. Koronartherapeutika (ATC-Code: C01D) therapiert werden. |
| Erläuterung/ Begründung: | Liegt neben der Hyperlipidämie zusätzlich eine Begleiterkrankung (art. Hypertonie, Diabetes mellitus, KHK, Z.n. Herzinfarkt, Z.n. zerebraler Ischämie) vor, dann sollte nach derzeitiger Studienlage zur Risikoreduktion mit der Standarddosis eines prognosemodifizierenden CSE-Hemmers behandelt werden. |

V 5 Verordnungsanteil von nicht DMP-konformen Antiasthmatica

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der nicht-DMP-konformen Antiasthmatica-Verordnungen an allen Antiasthmatica-Verordnungen. Bei diesem Indikator wird nicht unterschieden, welche Form der obstruktiven Atemwegserkrankung behandelt wird (Asthma, COPD). |
| Erläuterung/ Begründung: | Gemäß der 11. RSAV sollen vorrangig unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit in prospektiven, randomisierten und kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen diejenigen Wirkstoffe bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen. Bei den vorrangig bzw. in begründeten Fällen zu verwendenden (DMP-konformen) Basis- und Bedarfstherapeutika handelt es sich um: Salbutamol, Terbutalin, Fenoterol (zur Inhalation), Salmeterol, Formoterol (zur Inhalation), Fenoterol+Ipratropiumbromid (zur Inhalation), Salmeterol+Fluticason, Formoterol+Budesonid (zur Inhalation), Beclometason, Budesonid, Fluticason (zur Inhalation), Ipratropiumbromid, Tiotropiumbromid (zur Inhalation), Theophyllin bzw. Montelukast. |

V 6 Anteil der Atemwegspatienten mit inhalativer Medikation an allen HZV-eingeschriebenen Atemwegspatienten

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der Atemwegspatienten mit inhalativer Medikation an allen eingeschriebenen HZV-Versicherten mit einer obstruktiven Atemwegserkrankung. Bei diesem Indikator wird nicht unterschieden, welche Form der obstruktiven Atemwegserkrankung behandelt wird (Asthma, COPD). |
| Erläuterung/ Begründung: | <p>Eine Selektion der Atemwegspatienten ist direkt über den ATC-Code der verordneten Medikamente (R03) möglich. Innerhalb dieser ATC-Klasse kann zwischen inhalativen (R03A, R03B) und systemisch wirksamen Mitteln (R03C, R03D) differenziert werden. Bezüglich der medikamentösen Therapie stimmen nationale wie internationale Leitlinien zusammen mit der Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma darin überein, dass die Behandlung von Atemwegspatienten primär mit Inhalativa erfolgen sollte. Nur wenn der Patient zur korrekten Handhabung eines Inhalativums nicht in der Lage ist, muss auf systemische Mittel zurückgegriffen werden. Eine ICD Differenzierung ist nicht nötig, da die Behandlung von Atemwegspatienten primär mit Inhalativa erfolgen sollte. Patienten mit R03-Medikation sind Atemwegspatienten, unabhängig von der Diagnose.</p> <p>Vergleichswerte liegen aus versch. QZ-Projekten vor => Mittelwerte bei 95%</p> |

V 7 Verordnungsanteil nicht-DMP-konformer Antidiabetika

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der nicht-DMP-konformen Antidiabetika-Verordnungen an allen Antidiabetika-Verordnungen. Als DMP-konform werden angesehen: Humaninsulin, Metformin, Glibenclamid. |
| Erläuterung/ Begründung: | In Anlage 1 zur 4. RSA-Verordnung werden als Wirkstoffgruppen, deren positiver Effekt und Sicherheit in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeit-Studien nachgewiesen wurden, neben Insulin die Sulfonylharnstoffe und Biguanide genannt. Wirkstoffe aus den Gruppen der Alpha-Glukosidasehemmer, Thiazolidindione und der Glinide sind demnach nicht DMP-konform, ihr Anteil sollte möglichst niedrig sein. |

V 8 Anteil der eingeschriebenen Diabetiker mit Lipid-modifizierenden Erstwahlmitteln

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | <p>Dieser Indikator stellt den Patientenanteil dar, der mit Lipid-modifizierenden Erstwahlmitteln behandelt wird.</p> <p>Als Lipid-modifizierende Erstwahlmittel gelten bisher ausschließlich die Wirkstoffe Simvastatin und Pravastatin.</p> <p>Bezugsebene für den Indikator sind alle eingeschriebenen HZV-Versicherten, die Diabetiker sind und mit Lipidsenkern behandelt werden.</p> |
| Erläuterung/ Begründung: | <p>Anlage 1 zur 4. RSA-Verordnung formuliert die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2. Neben der Basistherapie wird zur Beeinflussung makroangiopatischer Begleit- und Folgeerkrankungen ein lipidmodifizierendes Therapieangebot gefordert. Unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen sollen Medikamente zur lipidmodifizierenden Therapie verwendet werden, deren positiver Effekt und deren Sicherheit evidenzbasiert ist. Genannt werden explizit die Wirkstoffe Simvastatin und Pravastatin, auf die hier als lipidmodifizierende Erstwahlmittel geprüft wird.</p> <p>Im Weiteren geht es hier primär nicht um die Detektion von Patienten mit erhöhten Fettwerten, sondern darum, welche Mittel bei den Diabetikern verwendet werden, bei denen eine lipidmodifizierende Therapie eingesetzt wird.</p> |

V 9 Anteil der HZV-Teilnehmer mit Gesundheitsuntersuchungen (Primär #6)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der HZV-Versicherten mit Gesundheitsuntersuchungen an allen HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Qualitativer Indikator: Gesundheitsuntersuchungen können als präventive Maßnahme sinnvoll sein. |

V 10 Anteil der HZV-Teilnehmer mit Überweisung zum Facharzt bei rezidivierender akuter Otitis Media

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Akute Otitis Media hat den ICD 10 Code H66.0. Laut Degam LL spricht man ab mindestens drei Rezidiven pro Halbjahr von einer rezidivierenden akuten Otitis Media. In den Routinedaten wird zunächst nach Patienten gesucht, die über den Zeitraum mindestens eines halben Jahres wiederholt die ICD 10 Diagnose H66.0 erhalten haben. Anschließend wird untersucht, ob für diese Patienten eine Überweisung zum HNO-Arzt erfolgt ist. Dieser Indikator misst den Anteil aller Patienten mit o.g. Diagnose und (sinnvoller) Überweisung zum HNO-Arzt an allen Patienten mit o.g. Diagnose. |
| Erläuterung/ Begründung: | Die Degam-Empfehlung für die Praxis lautet, bei Patienten mit rezidivierender akuter Otitis media eine Mitbehandlung durch den HNO-Arzt anzustreben, insbesondere, um seltene Erkrankungen (z.B. eine Ziliendysfunktion) auszuschließen. |

V 11 Anteil der HZV-Teilnehmer ohne Einsatz bildgebender Verfahren innerhalb von vier Wochen bei akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Akute unkomplizierte Kreuzschmerzen haben den ICD 10 Code M54.5. Aus den Routinedaten werden Patienten gefiltert, die einmalig bzw. über einen Zeitraum von weniger als vier Wochen wiederholt mit dieser Diagnose auftauchen. Gleichzeitig wird untersucht, ob für diese Patienten bildgebende Verfahren veranlasst wurden (verschiedene EBM-Ziffern). Dieser Indikator misst den Anteil der Patienten mit o.g. Diagnose ohne (unnütze) bildgebende Verfahren an allen Patienten mit o.g. Diagnose. |
| Erläuterung/ Begründung: | Degam-Leitlinie: Bei unkomplizierten Kreuzschmerzen bringen verfrüht eingesetzte bildgebende Verfahren keinen diagnostischen Mehrwert, sondern können dazu führen, dass Arzt und Patient sich auf nicht therapierrelevante Zufallsbefunde fixieren, die nicht in Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden stehen. |

VI Indikatoren für den Bereich "Kostenentwicklung/ Wirtschaftlichkeit"

VI 1 Gesamtkosten (KH, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld) je HZV-Teilnehmer (Primär #7)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Der Indikator fasst alle direkt bezifferbaren leistungsbezogenen Ausgaben für die HZV-Teilnehmer zusammen, d.h. er bildet die Summe aller übermittelten Leistungsausgaben. |
| Erläuterung/ Begründung: | Zusammenfassender Indikator der Wirtschaftlichkeit. Insgesamt sollte durch die verbesserte Koordinierung der Versorgung die Kostenentwicklung für HZV-Teilnehmer günstiger sein, als für die Kontrollgruppe. Eine erweiterte Berechnung unter Berücksichtigung der Boni und Investitionen in die HZV erfolgt in einem separaten Bericht. |

VI 2 Kosten für Krankenhausaufnahmen je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Darstellung der durchschnittlichen Krankenhaus-Kosten je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Detailaspekt des Indikators VI 1. Gibt Einblick in die kostenmäßige Entwicklung des stationären Bereiches. |

VI 3 Zahl der Krankenhaustage je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Darstellung der durchschnittlichen Krankenhaustage je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlicher Indikator: Indirekt Kostenentwicklung. Ziel ist möglichst gering. Die Überschreitung der Grenzverweildauer wird hier nicht berücksichtigt, da sie bereits über die DRG abgedeckt ist. |

VI 4 Kosten für Heilmittel je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Darstellung der durchschnittlichen Heilmittelausgaben je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Detailaspekt des Indikators VI 1. Gibt Einblick in die kostenmäßige Entwicklung des Heilmittelbereiches. |

VI 5 Verordnungen von Heilmitteln je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Anzahl von Heilmittelverordnungen je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Gibt Einblick in die Häufigkeit der Verordnungen von Heilmitteln. Unterstützung bei der Interpretation: Sind eventuelle Kostensteigerungen z.B. durch Mengenausweitungen begründet? |

VI 6 Kosten für Hilfsmittel je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Darstellung der durchschnittlichen Hilfsmittelausgaben je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Detailaspekt des Indikators VI 1. Gibt Einblick in die kostenmäßige Entwicklung der Hilfsmittel. |

VI 7 Verordnungen von Hilfsmitteln je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Anzahl von Hilfsmittelverordnungen je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Gibt Einblick in die Häufigkeit der Verordnungen von Hilfsmitteln. Unterstützung bei der Interpretation: Sind eventuelle Kostensteigerungen z.B. durch Mengenausweitungen begründet? |

VI 8 Kosten für Krankengeld je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Höhe der Krankengeldkosten je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Detailaspekt des Indikators VI 1. Gibt Einblick in die kostenmäßige Entwicklung im Bereich Krankengeld. |

VI 9 AU-Tage je HZV-Teilnehmer (Primär #8)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Anzahl der AU-Tage je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlich: Indirekte Kostenentwicklung. Ziel ist möglichst gering. |

VI 10 Arzneimittelverordnungen je HZV-Teilnehmer

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Anzahl aller Arzneimittelverordnungen je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlich: Indirekte Kostenentwicklung. Ziel ist möglichst gering. |

VI 11 Arzneimittelkosten je HZV-Teilnehmer (Primär #9)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Durchschnittliche Kosten für Arzneimittelverordnungen je HZV-Versicherten. |
| Erläuterung/ Begründung: | Detailaspekt des Indikators VI 1. Gibt Einblick in die kostenmäßige Entwicklung der Arzneimittelbereiche. |

VI 12 Verordnungsanteil neuer Wirkstoffe an allen Arzneimittelverordnungen

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der Verordnungen mit neuen Wirkstoffen an allen Arzneimittelverordnungen. Es werden nur die Wirkstoffe berücksichtigt, welche nach Fricke/Klaus in den Klassifikationen C+D sind. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlicher Indikator: Indirekte Kostenentwicklung. Ziel ist möglichst gering, da neue Wirkstoffe relativ teuer und noch nicht bewährt sind. |

VI 13 Verordnungsanteil von Generika am Gesamtmarkt (Primär #10)

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der Verordnungen von Generika an allen Arzneimittelverordnungen. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlicher Indikator: Indirekte Kostenentwicklung. Ziel ist möglichst hoch. |

VI 14 Kosten je Tagesdosis für Antihypertensiva

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Auf Basis der Verordnungen wird berechnet, wie hoch die durchschnittlichen Tagestherapiekosten (unter Berücksichtigung der DDD) für Antihypertensiva je HZV-Versicherten sind. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlicher Indikator: Kostenentwicklung. |

VI 15 Kosten je Tagesdosis für Antidiabetika

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Auf Basis der Verordnungen wird berechnet, wie hoch die durchschnittlichen Tagestherapiekosten (unter Berücksichtigung der DDD) für Antidiabetika je HZV-Versicherten sind. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlicher Indikator: Kostenentwicklung. |

VI 16 Verordnungsanteil festbetrags geregelter Präparate am Gesamtmarkt

Beschreibung

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Aussage: | Anteil der Verordnungen mit Festbetragsregelung an allen Verordnungen. |
| Erläuterung/ Begründung: | Wirtschaftlicher Indikator: Indirekte Kostenentwicklung. |