

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

Allgemeine Indikatoren



B

Messgrößen für die Qualität
regionaler Versorgungsmodelle

Autoren: Björn Broge, Johannes Stock, Joachim Szecsenyi

Band B

**QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem
für die ambulante Versorgung**

Allgemeine Indikatoren

Messgrößen für die Qualität
regionaler Versorgungsmodelle

Björn Broge, Johannes Stock, Joachim Szecsenyi

**AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH**

AOK-Bundesverband

QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung

www.QISA.de

QISA ist ein Gemeinschaftsprodukt des **AOK-Bundesverbandes GbR**
und des

AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

Herausgeber und Autoren des Bands B (Allgemeine Indikatoren):

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Universitätsklinikum Heidelberg und AQUA-Institut)
joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

Björn Broge, Dipl. Kaufmann (AQUA-Institut)
bjoern.broge@aqua-institut.de

Johannes Stock, Soziologe M.A.
stock@qisa.de

Näheres zu Band B: bjoern.broge@aqua-institut.de

Koordination:

Peter Willenborg (AOK-Bundesverband)
peter.willenborg@bv.aok.de

Adressen:

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Universitätsklinikum Heidelberg
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Voßstraße 2
69115 Heidelberg

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2009

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.

Redaktion: Dr. Beatrice Wolter
Korrektur: Dr. Ines Jape
Titelentwurf: Beatrice Hofmann
Titelbild: Orlando Florin Rosu, Fotolia.com
Grafik: Désirée Gensrich
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Version 1.0; Erstauflage April 2009
ISBN: 978-3-940172-02-0

Band B

Allgemeine Indikatoren

Messgrößen für die Qualität
regionaler Versorgungsmodelle

Björn Broge, Johannes Stock, Joachim Szecsenyi

Begründung und Einordnung des Themas	5
Übersicht über die Indikatoren	9
Regionale Bedeutung des Versorgungsmodells	10
Fokus: Attraktivität für Versicherte	11
Fokus: Attraktivität für Ärzte	13
Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell	16
Fokus: Qualitätszirkelarbeit	17
Fokus: Leitlinienarbeit	20
Fokus: Information der Versicherten	21
Fokus: Kommunikation im Versorgungsmodell	22
Fokus: Zufriedenheit der Versicherten	25
Fokus: Zufriedenheit der Ärzte	28
Qualitätsmanagement auf Praxisebene	29
Fokus: Fehlermanagement	30
Fokus: Patienten- und Mitarbeiterorientierung	31

Steuerung und Koordinierung der Versorgung	33
Fokus: Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung	34
Fokus: Erreichbarkeit und Wartezeiten	35
Fokus: Patientensteuerung	38
Literaturverzeichnis	43

Begründung und Einordnung des Themas

Das vorliegende Qualitätsindikatorensystem richtet sich (wie in der Einleitung „zu QISA“ (Band A) erläutert) an neue (ambulante) Versorgungsformen auf regionaler oder örtlicher Ebene (z.B. Arztnetze und Medizinische Versorgungszentren). Ihre Besonderheit liegt darin, dass sie eine Metaebene oberhalb der einzelnen Praxen bilden, die eigenständige Management- und Organisationsaufgaben wahrnimmt, um die Aktivitäten der Ärzte auf Praxisebene z.B. durch systematische Qualitätszirkelarbeit, Netzmanagement oder durch modellspezifische Leitlinien und Verfahrensanweisungen zu unterstützen, zu ergänzen und zu koordinieren. Nur wenn diese Aufgaben angemessen erfüllt werden, ist ein Mehr an Qualität durch die Etablierung regionaler Versorgungsformen zu erwarten.

Organisation und Management innerhalb regionaler Versorgungsformen sind Voraussetzung zur Erreichung der Qualitätsziele.

Die grundlegende Bedeutung eigenständiger Management- und Organisationsaufgaben in einem regionalem Versorgungsmodell rechtfertigt ein eigenes Kapitel mit Indikatoren zu dieser Metaebene. Im vorliegenden Kapitel B werden solche Qualitätsindikatoren entwickelt, die sich auf regionale Versorgungsmodelle und die auf ihrer Ebene beobachtbaren Maßnahmen und Ergebnisse in puncto Versorgungsqualität beziehen. Im Fokus stehen dabei wesentliche nicht medizinische Ergebnisparameter, aus denen Rückschlüsse auf die Qualität der Arbeit auf der Ebene eines regionalen oder lokalen Versorgungsmodells gezogen werden können. Durch diesen Fokus unterscheiden sie sich von den Indikatoren in den Kapiteln C bis E, die auf Indikationen und spezielle Versorgungsbereiche gerichtet sind und damit eher dem klassischen Bild von Qualitätsindikatoren entsprechen. Die nachfolgenden Indikatoren nehmen dagegen die Versorgung der Gesamtheit aller Versicherten eines Modells sowie die Qualitätsförderung auf dieser Ebene in den Blick. Sie setzen damit Populationsorientierung praktisch um, wie sie für viele regionale Versorgungsmodelle konstitutiv ist.

Arztnetze als Beispiel und konkreter Entwicklungshintergrund

Die Entwicklung neuer regionaler Versorgungsformen im ambulanten Bereich steht hierzulande sicherlich erst am Anfang, weshalb bislang weder bei den praktischen Organisationsformen noch auf der Ebene der Begrifflichkeiten klare Standards etabliert sind. Das vorliegende Indikatorensystem soll auf seine Weise und in seinem Gebiet der Qualitätstransparenz und -entwicklung dazu beitragen, zu gefestigteren und klareren Verhältnissen zu kommen.

Dabei erschien es sinnvoll, die nachfolgend dargelegten versorgungsmodellbezogenen Indikatoren auf einen konkreten, praktisch gut nachvollziehbaren Anwendungsrahmen zu beziehen. Als grundlegendes Setting wurden dafür Arztnetze gewählt, da schon die vorangegangene interne Fassung des Indikatorensystems auf Arztnetze ausgerichtet war und weil für sie bislang die meisten Erfahrungen vorliegen (Stock J / Szecsenyi J (Hrsg.) 2007).

Aus diesem Grund wird im Rahmen der Indikatorenerläuterungen oftmals der Begriff „Arztnetz“ oder „Netz“ anstatt „regionales Versorgungsmodell“ verwendet.

**Setting
zur Anwendung
der Indikatoren**

Aus den vorgeschlagenen Indikatoren sollen Rückschlüsse auf die Qualität der Arbeit auf der Metaebene eines Netzes gezogen werden können. Zwangsläufig spielen dabei auch organisatorische Aspekte der Zusammenarbeit eine Rolle. Deshalb ist es wichtig, das grundlegende Setting, in dem die vorgestellten Indikatoren angewendet werden sollen, vor Augen zu führen. Als konstituierende Elemente eines Arztnetzes gelten dabei vor allem:

- Es besteht eine systematisch organisierte Kooperation zwischen den beteiligten praktizierenden Ärzten. Sie ermöglicht den Abschluss von Verträgen mit Dritten und die Übernahme von gemeinsamen Verpflichtungen.
- Es liegt eine vertragliche Beziehung zwischen einem solchen Arztnetz und einer Kasse vor, die sich auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in einer Region richtet. In diesem Rahmen sind Daten beider Seiten für die Indikatorenarbeit verfügbar. Zudem können gemeinsam Zielwerte vereinbart werden, was zu einem höheren Grad an Verbindlichkeit führt.
- Es besteht ein Auftrag an die Ärzte, sich übergreifend um die Versorgung der teilnehmenden Versicherten zu kümmern. In der Regel entsteht er durch Einschreibung der Versicherten und ihre Verpflichtung auf ein Gatekeeping-Modell. Dabei übernehmen die Hausärzte eine Filter- und Lotsenfunktion, damit Gesundheitsprobleme zielgerichtet und auf einer möglichst niedrigen Versorgungsebene gelöst werden.
- Das Arztnetz verfügt über Ressourcen für spezifische Maßnahmen zur Qualitätsförderung auf der Netzebene, in der Regel ein Steuerungsgremium (z.B. Vorstand, Qualitätsausschuss) für die erforderlichen Entscheidungen sowie ein Netzmanagement, welches die Koordinierung der praxisübergreifenden Versorgungsziele übernimmt.

Übertragbarkeit auf andere regionale Versorgungsformen

Auch wenn Arztnetze den konkreten Entwicklungshintergrund bilden, ist eine Übertragbarkeit auf andere Formen regionaler Versorgungsmodelle gewährleistet.

Ungeachtet des Entwicklungshintergrundes Arztnetze und der teilweisen Formulierung der Indikatoren für diese spezielle Versorgungsform richtet sich das vorliegende Indikatorensystem – wie in der Einleitung erwähnt – ausdrücklich auch an alle anderen neuen (ambulanten) Versorgungsformen auf regionaler oder örtlicher Ebene, wie sie derzeit in großer Vielfalt entstehen, etwa als Medizinische Versorgungszentren (MVZs), regionale Hausarztverträge oder in den verschiedenen Formen von Integrierter Vollversorgung. Gerade die in diesem Kapitel B entwickelten Qualitätsindikatoren sind auch auf sie übertragbar, weil es im Normalfall in allen diesen Formen die zuvor beschriebene Metaebene mit eigenen Qualitätsaktivitäten und -zielen gibt.

Etwas allgemeiner formuliert sind die Indikatoren dieses Kapitels ohne Weiteres auf Versorgungsformen übertragbar, die in einer regionalen Kooperation von Ärzten einen indikationsübergreifenden Versorgungsauftrag wahrnehmen, die hausärztliche Grundversorgung ihrer Versicherten selbst erbringen und die spezialärztliche Versorgung entweder

selbst leisten oder anstreben, sie zu koordinieren und zu integrieren. Der hierfür neu aufgekommene Oberbegriff „populationsorientierte“ Versorgung trifft ein weiteres Wesensmerkmal dieser Versorgungsformen: Umsetzbar sind ihre Konzepte nur, wenn es ein – am besten durch Einschreibung – klar zugeordnetes Kollektiv an Versicherten gibt, dessen Versorgung im Ganzen organisiert und gestaltet werden soll.

Allerdings gilt trotz der grundsätzlichen Anwendbarkeit der vorliegenden Indikatoren, dass noch nicht viele der existierenden regionalen Versorgungsmodelle derzeit die notwendigen Daten zur Bildung der vorliegenden Indikatoren zur Verfügung stellen können, obwohl die dafür notwendigen Daten vergleichsweise einfach zu erheben sind. Ursächlich hierfür ist, dass Managementstrukturen auf der praxisübergreifenden Metaebene bisher erst im Aufbau sind. Insofern ist eine wichtige Absicht dieses Kapitels auch, Unterstützung beim Aufbau sinnvoller Strukturen in diesem Bereich zu liefern.

Routinedaten und Vergleiche

Wie bei den medizinischen Indikatoren wurde auch hier versucht, wesentliche Parameter möglichst aus Routinedaten abzuleiten. Dies erleichtert nicht nur die Umsetzbarkeit der Indikatoren, sondern ermöglicht auch Vergleiche des Arztnetzes, z.B. zur Regelversorgung. Da allgemeingültige Zielwerte für die Indikatoren nur selten zu bestimmen sind, helfen solche Vergleiche enorm bei der Standortbestimmung und Zielfindung.

Routinedaten und Befragungen als Datenquellen

Allerdings sind die „Allgemeinen Indikatoren regionaler Versorgungsmodelle“ überwiegend modellbezogen und daher nur teilweise aus den versichertenbezogenen Routinedaten ableitbar. So können z.B. Aspekte des Managements und der Kommunikation nur mit Informationen auf der Ebene des Versorgungsmodells (z.B. Arztnetz) abgebildet werden. In jedem Fall lassen sich die insgesamt 28 im Folgenden vorgestellten Indikatoren aber ohne zusätzliche patientenbezogene Dokumentation abbilden. Die Datenquellen sind vielmehr:

- GKV-Routinedaten und andere Routinedaten, z.B. Stammdaten der Versicherten, Dokumentation der Einschreibungen, Dokumentation der Ein- und Austritte (11 Indikatoren)
- Befragung der Netzärzte/Teilnehmer am Versorgungsmodell bzw. spezielle Erhebungen auf Arzt- oder Modellebene, z.B. Arztbefragung, Teilnahme und Bewertung der Qualitätszirkelarbeit, Öffnungszeiten, schriftliche Informationen über das Netz (13 Indikatoren)
- Versichertenbefragung (4 Indikatoren)

Bezogen auf notwendige Abfragen oder Dokumentationen werden Vorschläge gemacht. Diese sind als fachliche Empfehlung zu betrachten, falls perspektivisch ein Vergleich zu anderen Arztnetzen angestrebt wird (ein solcher Vergleich setzt standardisierte Erhebungsinstrumente voraus).

Evidenzbasierung und theoretisches Fundament

Bezüglich der Erhebung allgemeiner Indikatoren von Arztnetzen liegen keine systematischen Studien, jedoch erste Erfahrungen vor.

Während in den Kapiteln zu den medizinischen Indikatoren jeder einzelne Indikator sehr weitgehend durch Studienergebnisse abgesichert ist, ist dies für die vorliegenden „Allgemeinen Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle“ nicht möglich. Dies liegt zum einen darin begründet, dass erst wenige Studien und Evaluationen die Entwicklung solcher Versorgungsformen begleiten. Zum anderen sind in diesem Feld allenfalls kontrollierte, aber keine randomisierten Studien möglich. Die Frage nach den wichtigsten allgemeinen Gestaltungsmerkmalen von Arztnetzen lässt sich daher nicht auf eine den medizinischen Indikatoren vergleichbare Evidenzbasis stützen.

Bei der Entwicklung der vorliegenden Indikatoren wurde daher besonderer Wert auf die Akzeptanz der Indikatoren auf Seiten der Ärzte und Kassen gelegt. Hinzu kommt, dass die Vorversion der hier vorgestellten Indikatoren bereits in einigen Arztnetzen angewendet wurde, so dass für die vorliegende Überarbeitung praktische Erfahrungen bei der Umsetzung berücksichtigt werden konnten (*Stock J 2007*). Zudem stützen sich die vorgestellten Indikatoren auf Erfahrungen der EQUAM-Stiftung mit der Zertifizierung von Hausarztnetzen und HMOs in der Schweiz.

Gliederung der Indikatoren

Die „Allgemeinen Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle“ sind in vier Abschnitte untergliedert:

- Die **regionale Bedeutung des Arztnetzes** bildet als Strukturmerkmal ab, welches Gewicht und welche Ausstrahlung ein Versorgungsmodell im örtlichen Versorgungsgeschehen erreicht.
- Das **Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell** bildet den Kernbereich der modellspezifischen Aktivitäten ab und hat daher sicherlich die größte Bedeutung für die Bewertung der Netzarbeit und ihrer Effekte.
- Zum **Qualitätsmanagement auf Praxisebene** werden nur wenige ausgewählte Indikatoren vorgeschlagen, die ein summarisches Bild über die Verbreitung und die Intensität des Qualitätsmanagements in den einzelnen Netzpraxen erlauben.
- Verschiedene **Indikatoren zur Steuerung der Versorgung** sollen schließlich die Gegebenheiten bei der sektorenübergreifenden Steuerung der Versorgung abbilden.

Diese Abschnitte werden im Folgenden getrennt – jeweils mit einer kurzen Einführung – beschrieben.

Tabelle 1 stellt alle Indikatoren dieses Kapitels im Überblick dar.

Übersicht über die Indikatoren

Tabelle 1: Zusammenfassende Übersicht über die Indikatoren

BEREICH	FOKUS	INDIKATOREN
Regionale Bedeutung des Versorgungsmodells	Attraktivität für Versicherte	1. Anteil eingeschriebene Versicherte in der Region 2. Versichertenfluktuation
	Attraktivität für Ärzte	3. Anteil eingeschriebene Hausärzte in der Region 4. Arztfluktuation 5. Zahl der eingeschriebenen Versicherten je Hausarzt
Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell	Qualitätszirkelarbeit	6. Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit 7. Anteil der Ärzte mit Teilnahme an mind. vier Qualitätszirkeln/Jahr
	Leitlinienarbeit	8. Durchschnittliche Zahl der eingesetzten, im Netz konsentierten Leitlinien pro Arzt
	Information der Versicherten	9. Qualität und Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die Versicherten
	Kommunikation im Versorgungsmodell	10. Anteil der Ärzte, die an der Arztbefragung teilgenommen haben 11. Anteil der Ärzte, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell teilgenommen haben 12. Anteil der Ärzte, die sich über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell gut informiert fühlen
	Zufriedenheit der Versicherten	13. Anteil der zufriedenen Versicherten im Netz 14. Anteil der Versicherten, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden
	Zufriedenheit der Ärzte	15. Anteil der Ärzte, die mit den Ergebnissen des Versorgungsmodells im vergangenen Jahr zufrieden sind
Qualitätsmanagement auf Praxisebene	Fehlermanagement	16. Anteil der Ärzte, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen
	Patienten- und Mitarbeiterorientierung	17. Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben 18. Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Mitarbeiterbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben
Steuerung und Koordinierung der Versorgung	Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung	19. Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den Versicherten
	Erreichbarkeit/Wartezeiten	20. Der Anteil der Patienten mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeit 21. Beurteilung der Erreichbarkeit der Ärzte aus Sicht der eingeschriebenen Versicherten 22. Anteil der Wochenstunden, an denen mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist
	Patientensteuerung	23. Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je eingeschriebenem Versicherten
		24. Zahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte je eingeschriebenem Versicherten
		25. Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung für eingeschriebene Versicherte
		26. Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen
27. Zahl der stationären Aufenthalte je 1000 eingeschriebene Versicherte		
28. Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1000 eingeschriebene Versicherte		

Regionale Bedeutung des Versorgungsmodells

Regionale Versorgungsmodelle richten sich an eine bestimmte Population (z.B. Versicherte einer Krankenkasse). Einer der wichtigsten Gesichtspunkte zur Beurteilung ihres Erfolges ist daher die Frage, welches Gewicht dem Modell im Versorgungsgeschehen zukommt, sowohl aus Sicht der Versicherten (Fokus: Attraktivität für Versicherte) als auch aus Sicht der Ärzte (Fokus: Attraktivität für Ärzte).

Auch aus Perspektive der einzelnen Praxis ist es wichtig, dass ein möglichst großer Anteil der eigenen Patienten eingeschrieben ist. Nur dann existiert ein solides Fundament für die Arbeit im Versorgungsmodell. Immerhin sind mit dieser Arbeit auch zusätzliche Ressourcen gebunden (Teilnahme an Qualitätszirkeln, Netzkonferenzen etc.), und die Motivation zur Teilnahme an diesen Aktivitäten wird auch davon abhängen, inwiefern die Patienten der eigenen Praxis davon betroffen sind. Von Bedeutung ist dieser Aspekt darüber hinaus auch, weil die Auswertungen zu den in den folgenden Kapiteln beschriebenen medizinischen Indikatoren sich aus Gründen der Datenverfügbarkeit oft auf die eingeschriebenen Versicherten beschränken werden. Für Arztpraxen mit nur wenigen eingeschriebenen Versicherten bestehen dann kaum Möglichkeiten, substantielle Analysen für ihre Arztpraxis zu erhalten. Ein wichtiger Gesichtspunkt im Vorfeld der Etablierung eines regionalen Versorgungsmodells ist daher auch, zu analysieren, ob die potenzielle Zahl der Versicherten, die sich in das Modell einschreiben können, ausreichend groß ist.

Fokus: Attraktivität für Versicherte

Indikator 1: Anteil der eingeschriebenen Versicherten in der Region

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der eingeschriebenen Versicherten an allen potenziell einschreibefähigen Versicherten ist.
Begründung:	Der Anteil der eingeschriebenen Versicherten ist eine wesentliche Messgröße dafür, wie attraktiv ein regionales Versorgungsmodell für die Versicherten ist. Deren Zufriedenheit und Bereitschaft zur Teilnahme entscheidet letztlich mit über den Erfolg bzw. das Überleben des Modells (<i>Huber F 2003</i>). Implizit ist möglicherweise auch eine Aussage damit verbunden, wie gut den Versicherten die Vorteile des Netzes kommuniziert wurden und wie gut der Einschreibeprozess organisiert ist. Auch diese Fragen müssen bei einer Betrachtung der Ergebnisse in Betracht gezogen werden.
Zielstellung:	Möglichst hoch. Erfahrungen aus bestehenden Arztnetzen zeigen allerdings, dass vor allem chronisch kranke Patienten, die auch häufig im Kontakt zu Ärzten stehen, Interesse an einer Teilnahme haben.
Vertiefung:	Für die Interpretation der Ergebnisse sollten nicht nur der relative Wert, sondern auch die absoluten Zahlen betrachtet werden. Wichtig ist auch, zu ermitteln, wie stark der Wert über die teilnehmenden Arztpraxen hinweg variiert. Vor Gründung eines regionalen Versorgungsmodells sollte abgeklärt werden, wie groß das Potenzial an einschreibefähigen Versicherten ist (sowohl auf regionaler als auch auf Praxisebene). Im Hinblick auf die Beeinflussbarkeit des Indikators ist bei einer niedrigen Einschreibungsquote ggf. zu differenzieren, ob vor allem gesunde Patienten, die selten im Arztkontakt stehen, sich nicht einschreiben.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{eingeschriebene Versicherte}}{\sum \text{potenziell einschreibefähige Versicherte}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Die Definition der einschreibefähigen Versicherten sollte im Vertrag (z.B. zwischen Arztnetz und Krankenkasse) festgehalten sein. Um die Summe der eingeschriebenen Versicherten zu berechnen, sollte ein Stichtag festgelegt werden.
Datenquellen:	Versichertenstammdaten der Krankenkasse (potenziell einschreibefähige Versicherte), Dokumentation der Einschreibungen (eingeschriebene Versicherte)
Bezugszeitraum:	Stichtag (z.B. 31.12.), jährliche Messung

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Verzerrungen könnten sich dann ergeben, wenn für die Versicherten keine alternativen Versicherungsmodelle zur Verfügung stehen würden. Dies ist in der Praxis jedoch nicht der Fall (freiwillige Teilnahme). Ärzte können direkt nur diejenigen Versicherten zu einer Teilnahme motivieren, die auch in ihrer Praxis erscheinen. Eine Kommunikation zu anderen Versicherten, z.B. über Internetseite, regionale Gesundheitsveranstaltungen, direktes Anschreiben der Versicherten, kann z.B. durch das Netzmanagement in Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern organisiert werden. Bei der Interpretation des Indikatorergebnisses sollte auch diskutiert werden, ob es in diesen Bereichen noch Handlungsoptionen gibt.

Änderungen in der Zahl der eingeschriebenen Versicherten spiegeln sich direkt im Indikator wider. Wenn sich die Grundgesamtheit der potenziell einschreibefähigen Patienten ändert, z.B. dadurch, dass weitere Krankenkassen einem Vertrag beitreten, ist allerdings zunächst ein Abfallen der Einschreibequote zu erwarten.

Indikator 2: Versichertenfluktuation**(I) Beschreibung**

Aussage:	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der ausgetretenen Versicherten im Verhältnis zur Gesamtzahl der eingeschriebenen Versicherten des Vorjahres ist.
Begründung:	Die Entscheidung der Versicherten für bzw. gegen ein Versorgungsmodell ist, soweit es freiwillige Abgänge sind, eine „Abstimmung mit den Füßen“, die als Ausdruck der Gesamtzufriedenheit über den Erfolg bzw. Misserfolg eines Netzes entscheidet.
Zielstellung:	Möglichst niedrig
Vertiefung:	Für die Interpretation der Ergebnisse sollte eine Differenzierung der Austritte nach folgenden Kriterien erfolgen: umzugsbedingt, Kassenwechsel, Kündigung durch Versicherten, Kündigung durch Vertragspartner, Tod. Versichertenbefragungen (siehe Indikator 8 und 9) sowie z.B. die Einrichtung einer Beschwerdestelle (vgl. auch Indikator 10) können Hinweise auf mögliche generelle Beweggründe für Austritte geben. Zusätzlich kann eine Befragung der Aussteiger hilfreiche Informationen über die Gründe von Kündigungen geben.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{ausgetretene Versicherte}}{\sum \text{eingeschriebene Versicherte}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Um die Summe der eingeschriebenen Versicherten zu berechnen, sollte ein Stichtag festgelegt werden (z.B. 31.12. des Bezugsjahres).

Datenquellen:	Dokumentation der Einschreibungen und Austritte (eingeschriebene Versicherte, Kündigungen bzw. sonstige Austrittsgründe). Ggf. zusätzliche Befragung der Aussteiger zu den Gründen ihres Ausstiegs.
Bezugszeitraum:	Stichtag (z.B. 31.12.), jährliche Messung

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Für eine Interpretation müssen verschiedene mögliche Gründe für Austritte erhoben und berücksichtigt werden. Grundsätzlich beeinflussbar sind nur die vermeidbaren Austritte (nicht aber Tod oder Umzug). Die Beeinflussbarkeit ist dann abhängig von den konkreten Gründen der Versicherten für den Austritt (Aussteigerbefragung).

Fokus: Attraktivität für Ärzte

Indikator 3: Anteil der eingeschriebenen Hausärzte in der Region

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der vertraglich in das Netz eingebundenen Hausärzte an allen Hausärzten der Region ist.
Begründung:	Regionale Versorgungsmodelle mit Populationsorientierung brauchen eine ausreichende Verankerung in der Grundversorgung, um Patienten sofort auf dieser ersten Stufe zu erreichen und frühzeitig mit der Steuerung der Versorgung beginnen zu können. Der regionale Anteil der Hausärzte im Netz bringt diesbezüglich zum Ausdruck, in welchem Umfang das Netz Patienten auf dieser Stufe erreichen kann. Zudem ermöglicht der Indikator eine Aussage zum Gewicht, mit dem das Netz in der Region Einfluss auf das Versorgungsgeschehen entwickeln kann.
Zielstellung:	Angemessen hoch, so dass in ausreichendem Umfang Patienten auf der Stufe der Grundversorgung erreicht werden können.
Vertiefung:	Für die Interpretation der Ergebnisse sollte differenziert betrachtet werden, wo genau die teilnehmenden Hausärzte in der Region angesiedelt sind. Im Sinne eines ausreichenden Zugangs auf der Stufe der Grundversorgung wäre eine gleichmäßige Verteilung in der Fläche wünschenswert. Je nach genauer Gestaltung des Netzvertrages können z.B. auch Kinder- und Jugendmediziner in das Gatekeeping eingebunden werden. Entsprechend müssen für diese Arztgruppen dann separate Indikatoren gebildet werden.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{ am Netz teilnehmende Hausärzte}}{\sum \text{ alle Hausärzte der Region}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Als Hausärzte werden im Allgemeinen definiert: Ärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und internistische Praxen mit hausärztlichem Schwerpunkt. Als Region sollte das Gebiet gefasst werden, in dem die Teilnahme am Netz für Versicherte angeboten wird.
Datenquellen:	KV-Daten oder GKV-Routinedaten (Arztnummer), Dokumentation der Einschreibungen (eingeschriebene Ärzte)
Bezugszeitraum:	Ein Jahr

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Ggf. vorhandene Zugangsvoraussetzungen (z.B. vertragliche Beschränkung der Zahl teilnehmender Arztinnen und Ärzte) müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Indikator 4: Arztfluktuation**(I) Beschreibung**

Aussage:	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der Arztaustritte im Bezugszeitraum im Verhältnis zur Gesamtzahl der teilnehmenden Hausärzte ist.
Begründung:	Die eingeschriebenen Versicherten müssen auf eine kontinuierliche Versorgung mit einem gewachsenen bzw. wachsenden Vertrauensverhältnis setzen können. Dies ist auch im Sinne eines umfassenden Gatekeeping, mit Berücksichtigung des Umfeldes eines Patienten wünschenswert.
Zielstellung:	Möglichst niedrig
Vertiefung:	Für die Interpretation der Ergebnisse sollte differenziert werden nach folgenden Austrittsgründen: Tod, Kündigung durch Arzt, Kündigung durch Vertragspartner, Ruhestand, Krankheit.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{ ausgetretene Hausärzte}}{\sum \text{ eingeschriebene Hausärzte}}$
----------------	--

Erläuterungen und Spezifikationen:	Definition Hausärzte, siehe Indikator 3
Datenquellen:	Einschreibungsunterlagen des Netzes (eingeschriebene Ärzte, Austritte)
Bezugszeitraum:	Ein Jahr

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Austrittsgründe müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden. Eine niedrige Quote weist darauf hin, dass die Ärzte mit den Netzergebnissen zufrieden sind (Abgleich mit QI 15). Eine erhöhte Quote muss dagegen nicht unbedingt ein schlechtes Zeichen sein. Denn sie kann auch Ausdruck dessen sein, dass Ärzten, die ihre Verpflichtungen nicht erfüllen, konsequent gekündigt wird.

Indikator 5: Zahl der eingeschriebenen Versicherten je Hausarzt

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator sagt aus, wie viele eingeschriebene Versicherte durchschnittlich durch einen Hausarzt des Arztnetzes betreut werden.
Begründung:	Die Zahl der eingeschriebenen Versicherten je Hausarzt sollte ausreichend hoch sein, damit das Netz aus Sicht der einzelnen Praxis auch bedeutsam ist.
Zielstellung:	Angemessen hoch. Da keine allgemeingültigen Zielgrößen vorgegeben werden können, ist hier von besonderer Bedeutung, Zielgrößen im Netz zu vereinbaren.
Vertiefung:	Für die Interpretation der Ergebnisse sollte auch die Varianz der Zahl der eingeschriebenen Versicherten über die einzelnen Hausarztpraxen hinweg betrachtet werden. Zu berücksichtigen sind auch eventuelle Limitierungen der Versicherten- zahl bzw. der Ärztezahl im Netz.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{eingeschriebene Versicherte}}{\sum \text{eingeschriebene Hausärzte}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Als Hausärzte werden im Allgemeinen definiert: Ärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und internistische Praxen mit hausärztlichem Schwerpunkt.
Datenquellen:	Einschreibungsunterlagen des Netzes
Bezugszeitraum:	Stichtag (z.B. 31.12.), jährliche Messung

Qualitätsmanagement im Versorgungsmodell

Ein regionales Versorgungsmodell definiert sich zunächst einmal, wie im vorigen Abschnitt dargestellt, über ein zu versorgendes Versichertenkollektiv und Ärzte, die sich zusammengeschlossen haben, um die Versorgung dieser Patienten zu übernehmen. Damit die Versorgung auch praxisübergreifend gezielt gesteuert werden kann, ist ein praxisübergreifendes Management der Aktivitäten notwendig, die sich auf die Versorgungsqualität beziehen. Wesentliche Aufgaben dieses Qualitätsmanagements auf Netzebene sind insbesondere:

- Analyse der Zufriedenheit der Versicherten mit dem Netz
- Analyse der Zufriedenheit der Netzmitglieder mit dem Netz
- Unterstützung, Analyse und Steuerung der Qualitätszirkelarbeit als wesentliches Instrument der netzinternen Abstimmung, bezogen auf medizinische Inhalte
- Organisation des Einsatzes im Netz konsentierter Leitlinien
- Organisation der Bereitstellung im Netz abgestimmter Informationen für die Patienten
- Information der Netzmitglieder und Analyse möglicher Informationsdefizite

In der ersten Generation von Arztnetzen wurden diese Funktionen zumeist von einzelnen Netzärzten zusätzlich zur Tätigkeit in der Arztpraxis übernommen (*Baur R 2002; Westebbe 1999*). In jüngerer Zeit zeigt sich jedoch eine zunehmende Professionalisierung in diesem Bereich: Netzbüros und professionelle Netzmanager sind Kennzeichen hiervon.

Fokus: Qualitätszirkelarbeit

Indikator 6: Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit

(I) Beschreibung

- Aussage:** Der Indikator sagt aus, wie systematisch und mit welcher Intensität die Qualitätszirkelarbeit im Versorgungsmodell aufgebaut und untereinander abgestimmt ist. Nur wenn beispielsweise ein Netzmanagement über wesentliche Informationen zu den stattfindenden Qualitätszirkeln verfügt, kann es diese Informationen zielgerichtet im Hinblick auf die regionalen Versorgungsziele verwenden und die Qualitätszirkelarbeit unterstützen. Dies lässt sich nur mit Blick auf verschiedene Aspekte bewerten. Der Indikator misst, wie viele dieser Aspekte in einem Versorgungsmodell erfüllt sind. Tabelle 2 (siehe Seite 18) enthält eine Empfehlung, welche Kriterien hier berücksichtigt werden sollten.
- Begründung:** Bezogen auf die medizinische Versorgung bestehen in einem regionalen Versorgungsmodell vielfältige Abstimmungsaufgaben, z.B. dahingehend, Konsens im Bezug auf einzusetzende Therapieverfahren, Versorgungspfade und Leitlinien zu erreichen. Der Qualitätszirkel ist das Instrument, in dem diese Themenfelder erarbeitet und die Umsetzung im Praxisalltag kritisch reflektiert wird. (*Bahrs O et al. 2001; Gerlach FM 2001; Gerlach FM / Bahrs O 1994*). Qualitätszirkel sind also der Kern oder das Herz eines regionalen Versorgungsmodells. Eine erfolgreiche Qualitätszirkelarbeit ist damit wesentlich zur Entwicklung und Umsetzung der Versorgungsziele. Um dies zu erreichen, muss die Zirkelarbeit inhaltlich koordiniert und kontinuierlich organisiert werden. Inhalte und Art der Umsetzung müssen durch ein Steuerungsgremium (Vorstand, Qualitätsausschuss) festgelegt werden. Aufgabe des Netzmanagements ist es dann einerseits, die Qualitätszirkel organisatorisch und inhaltlich zu unterstützen (z.B. Einladungen an die Teilnehmer, unterstützende Analysen für bestimmte Themen) und andererseits, gemeinsam mit den Moderatoren darauf zu achten, dass Themen, Form und Ablauf der Treffen eine erfolgreiche Umsetzung der Netzziele ermöglichen.
- Zielstellung:** Möglichst hoch, d. h. möglichst viele der Kriterien aus Tabelle 2 bzw. aus einem entsprechenden netzspezifischen Bewertungsraster sollen erfüllt sein.

(II) Erstellung

- Formel:**
$$\frac{\sum \text{Zahl der erfüllten Kriterien gemäß Bewertungsbogen}}{\sum \text{alle Kriterien des Bewertungsbogens}}$$

- Erläuterungen und Spezifikationen:** Die Vertragspartner erstellen zur Bewertung dieses Indikators gemeinsam einen Bewertungsbogen. Wichtige empfohlene Inhalte sind auf der folgenden Seite genannt.

Datenquellen:	Informationen des Managements. Bewertungsbogen (siehe unten)
Bezugszeitraum:	Ein Jahr

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Der Bewertungsbogen sollte nicht nur einfach ausgefüllt werden, sondern auch glaubhaft und nachvollziehbar dargelegt werden (z.B. exemplarisch, durch Darstellung der Prozesse bzw. verwendeten Software oder durch Rückgriff auf externe Expertise/Unterstützung für bestimmte Aspekte).

Um auch bei wiederholten Messungen und ggf. in verschiedenen Versorgungsmodellen zu einer einheitlichen Bewertung dieses Indikators zu gelangen, sind explizite Bewertungskriterien erforderlich. Der nachfolgend dargestellte Bewertungsbogen enthält solche Kriterien.

Während organisatorische Unterstützung durch das Netzmanagement sicherlich gerne angenommen wird, ist die Abstimmung der Qualitätszirkelthemen mit den Vertragsinhalten ein mögliches Konfliktfeld zwischen Vorstand/Netzmanagement und Netzärzten. Umso wichtiger ist es, die Moderatoren und übrigen Netzärzte frühzeitig in diese Entscheidungsprozesse einzubinden.

Tabelle 2: Mögliche Inhalte für einen Bewertungsbogen zur Steuerung und Unterstützung der Qualitätszirkelarbeit durch das Netzmanagement

FRAGE	ANTWORTKATEGORIEN
Sind die Verantwortlichkeiten und Abläufe für die Terminierung und Organisation der Qualitätszirkel sowie die Einladung klar geregelt?	Ja/nein
Besteht für die Zirkelmitglieder und für das Netzmanagement Transparenz bezüglich der anstehenden Zirkeltermine (z.B. durch einen elektronischen Kalender)?	Ja/nein
Werden dem Netzmanagement Protokolle der Treffen zur Verfügung gestellt?	Ja/nein
Wenn ja, enthalten diese Protokolle folgende Angaben: <ul style="list-style-type: none"> • Name des Moderators • Anwesende Teilnehmer • Ggf. anwesende Gäste, Referenten • Beginn und Ende des Treffens • Thema des Treffens • Wesentliche Diskussionspunkte und Ergebnisse des Treffens, insbesondere solche, die auch die übrigen Netzärzte betreffen • Verwendete Methoden 	Ja/nein
Wenn ja, wird die Anwesenheit der Teilnehmer dokumentiert und in EDV-auswertbarer Form gespeichert?	Ja/nein
Erfolgt für jedes Qualitätszirkeltreffen eine Bewertung aus Sicht der Teilnehmer und Moderatoren?	Ja/nein
Wenn ja, wird diese dokumentiert, in EDV-auswertbarer Form gespeichert, regelmäßig ausgewertet und den Moderatoren zur Verfügung gestellt?	Ja/nein
Gibt es regelmäßig (mindestens 1 Mal pro Jahr) Treffen des Steuerungsgremiums, um Ziele und Inhalte der Qualitätszirkeltreffen abzustimmen?	Ja/nein
Werden in jedem Qualitätszirkel mindestens 2 Mal pro Jahr empirische Analysen (z.B. von Verwaltungsdaten/Auswertungen zu den Indikatoren) für die Diskussion verwendet?	Ja/nein
Ist die Beschaffung solcher Analysen mit klaren Verantwortlichkeiten geregelt?	Ja/nein

Indikator 7: Anteil der Ärzte mit Teilnahme an mindestens vier Qualitätszirkeln/Jahr

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator sagt aus, wie groß der Anteil der Netzärzte ist, die im vergangenen Jahr an mindestens vier Qualitätszirkeltreffen teilgenommen haben, gemessen an allen Netzärzten.
Begründung:	Die Qualitätszirkelarbeit ist der Kern eines Qualitätsentwicklungskonzeptes. Eine ausreichende Zahl strukturiert durchgeführter Qualitätszirkel ist erforderlich, um eine Umsetzung der angestrebten Versorgungsziele zu erreichen. Gleichfalls ist es erforderlich, dass möglichst alle Netzärzte regelmäßig an der Qualitätszirkelarbeit teilnehmen. Die Teilnahme an mindestens vier Qualitätszirkeln pro Jahr ist hier als Mindestkriterium zu verstehen, um von einer Regelmäßigkeit zu sprechen.
Zielstellung:	Möglichst hoch, oft vertraglich festgelegt. Netzärzte sollten regelmäßig an Qualitätszirkeln teilnehmen.
Vertiefung:	Die Vertragspartner können höhere Zielwerte oder eine höhere Frequenz der Qualitätszirkeltreffen vereinbaren.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Zahl der Netzärzte mit Teilnahme an mind. 4 QZ-Treffen}}{\sum \text{alle Netzärzte}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Grundlage der Berechnungen ist eine personenbezogene Dokumentation der Qualitätszirkelteilnahme, so wie sie beispielsweise auch im Rahmen der Anerkennung von Fortbildungspunkten erstellt wird.
Datenquellen:	Dokumentation der Qualitätszirkelarbeit
Bezugszeitraum:	Ein Jahr

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Neben der Dokumentation der Teilnahme ist zu überprüfen, ob der Qualitätszirkel selbst grundlegende Kriterien erfüllt (z.B. Leitung durch geschulten Moderator).

Fokus: Leitlinienarbeit

Indikator 8: Durchschnittliche Zahl der eingesetzten, im Netz konsentierten Leitlinien pro Arzt

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, in welchem Ausmaß die im Netz konsentierten Leitlinien in den Praxen eingesetzt werden.
Begründung:	Das Ausmaß der tatsächlichen Nutzung und Implementierung von Leitlinien ist ein komplexes Thema, welches erst im Rahmen der medizinischen Indikatorensets (siehe Teil C) genauer beleuchtet werden kann. An dieser Stelle geht es lediglich darum, zu erfahren, wie viele der im Netz konsentierten Leitlinien die Netzärzte durchschnittlich kennen und für so nützlich befinden, dass sie diese im Alltag einsetzen. Sollte die Anzahl der eingesetzten Leitlinien gering sein, geht es darum, herauszufinden, welche Barrieren dem Einsatz der Leitlinien entgegenstehen. (Burgers J et al. 2005; Gerlach FM et al. 1999; Wensing M / Grol R 2005).
Zielstellung:	Möglichst hoch
Vertiefung:	Leitlinien fokussieren auf eine Optimierung der Stabilität und Wirksamkeit von Behandlungsprozessen. Gerade in Vertragssituationen kann für regionale Versorgungsmodelle darüber hinaus die Optimierung des Ressourcen- und Zeitverbrauches von besonderer Relevanz sein. Im stationären Sektor haben sich Behandlungspfade als Instrumente zur Steuerung hierfür etabliert. Für Versorgungsfelder mit ausreichend hohen Fallzahlen und unter Voraussetzung einer leistungsfähigen IT-Infrastruktur können Behandlungspfade aber auch in regionalen Versorgungsmodellen entwickelt werden.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Leitlinien, die je Befragungsteilnehmer eingesetzt werden}}{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier die Netzärzte, die an der Arztbefragung teilgenommen haben.
Datenquellen:	Arztbefragung, jährlich
Bezugszeitraum:	Ein Jahr
Hinweise:	Wenn unterschiedliche Fachgruppen am Netz teilnehmen, sollte der Indikator danach differenziert werden (sofern die Leitlinien nicht für alle Fachgruppen gelten).

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Die Validität ist eingeschränkt. Die tatsächliche Umsetzung von Leitlinien kann erst im Rahmen der medizinischen Indikatorensets genauer beleuchtet werden. Die Beeinflussbarkeit ist hoch.

Fokus: Information der Versicherten**Indikator 9: Qualität und Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu krankheitsspezifischen Themen für die Versicherten****(I) Beschreibung**

- Aussage:** Der Indikator stellt das Spektrum der Maßnahmen dar, die der Information der Versicherten dienen. Relevante Aspekte zur Qualität und Verfügbarkeit solcher Materialien in einem Netz enthält Tab. 3.
- Begründung:** Sowohl im Sinne der Patientenorientierung als auch im Hinblick auf die allgemeine Kommunikation nach außen ist es wichtig, dass wesentliche Informationen zum Netz und zu dessen Aktivitäten sowie Materialien zu krankheitsbezogenen Themen (z.B. Patienteninformationen, Gesundheitsdossiers) aktuell und in einer guten Qualität verfügbar sind. Die ausreichende Verfügbarkeit von verständlichen Informationen ist eine Voraussetzung für die aktive Mitarbeit der Patienten bei der Behandlung ihrer Erkrankung (*Scheibler F 2003, Strauss B 1998*).
- Zielstellung:** Möglichst hoch, d.h., möglichst viele Kriterien aus Tabelle 3 bzw. eines netzspezifischen Bewertungsbogens sollen erfüllt sein.
- Vertiefung:** Eine Bewertung der Informationen für Patienten ist auch über die Versichertenbefragung möglich (vgl. Indikator 13).

(II) Erstellung

- Formel:**
$$\frac{\sum \text{Zahl der erfüllten Kriterien gemäß Bewertungsbogen}}{\sum \text{alle Kriterien des Bewertungsbogens}}$$
- Erläuterungen und Spezifikationen:** Siehe Bewertungsbogen
- Datenquellen:** Im Netz konsentierter Bewertungsbogen (Empfehlung siehe Tab. 3 folgende Seite)
- Bezugszeitraum:** Ein Jahr

Hinweise: Insbesondere die Informationen zu krankheitsspezifischen Themen sollten patientengerecht aufbereitet sein (*Steckelberg A et al. 2005*). Die Bewertung der Informationen für Versicherte bzw. Patienten sollte auch Thema der Versichertenbefragung sein.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Der Bewertungsbogen sollte nicht nur ausgefüllt werden, sondern auch glaubhaft (Demonstration der Informationsmaterialien) dargelegt werden.

Tabelle 3: Empfohlene Inhalte für einen Bewertungsbogen zur Beurteilung der Qualität und Verfügbarkeit von Informationen für die Versicherten

FRAGE	ANTWORTKATEGORIEN
Verfügt das Netz über eine allgemeine Darstellung der wesentlichen Merkmale und Ziele?	Internet? ja/nein schriftlich? ja/nein
Wenn ja, enthält diese Darstellung: <ul style="list-style-type: none"> • Eine Adresse/Person, an die sich Versicherte mit allgemeinen Fragen richten können? • Eine Adresse/Person, an die sich Versicherte mit Beschwerden richten können? • Die Adressen aller Netzärzte? • Eine Beschreibung besonderer Leistungsangebote des Netzes? 	Internet? ja/nein schriftlich? ja/nein
Erhalten neu eingeschriebene Netzärzte diese Materialien automatisch und in schriftlicher Form?	ja/nein
Werden Patientenvertreter in die Entwicklung der Informationsmaterialien eingebunden?	ja/nein
Werden Patienteninformationen zu den im Netz erarbeiteten/adaptierten Leitlinien für die Versicherten verfügbar gemacht?	Internet? ja/nein schriftlich? ja/nein
Gibt es verantwortliche Personen für die Aktualisierung aller Materialien?	ja/nein

Fokus: Kommunikation im Versorgungsmodell

Indikator 10: Anteil der Ärzte, die an der Arztbefragung teilgenommen haben

(I) Beschreibung

Aussage: Der Indikator gibt den Anteil der Netzärzte an, die an der Arztbefragung teilgenommen haben, gemessen an allen Netzteilnehmern (Rücklaufquote).

Begründung: Die Rücklaufquote der Arztbefragung ist einerseits wichtig im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse der Arztbefragung (vgl. z.B. Indikator 11 und 12). Fehlende Rückmeldungen der Netzärzte schränken die Repräsentativität der Aussagen ein. Weiterhin ergeben sich hier auch Hinweise darauf, wie Angebote zur Meinungsäußerung und zur Beteiligung am Netzgeschehen durch die Mitglieder wahrgenommen werden.

- Zielstellung:** Möglichst hoch. Um die Zahl der nicht antwortenden Befragten möglichst niedrig zu halten, sollte eine schriftliche Erinnerung (Reminder) an die Befragungsteilnehmer versendet werden. Ohne Reminder ist bei schriftlichen Befragungen im Allgemeinen mit einer Rücklaufquote von etwa 35–40 % zu rechnen, mit Reminder mit ca. 40–50 %. Im spezifischen Kontext der Netzärzte ist dagegen erfahrungsgemäß mit einer Rücklaufquote von über 70 % zu rechnen.
- Vertiefung:** Da die Befragungen an sich anonym sind, ist eine gezielte Nachfrage nach Gründen für eine Nichtteilnahme nicht möglich. Nur in allgemeiner Form (z.B. Rundschreiben/Veranstaltungen) kann hierfür sensibilisiert werden). Vertiefende Hinweise ergeben sich allerdings ggf. aus den anderen, sich auf die Arztbefragung stützenden Indikatoren (QI 8, 12 und 15–18).

(II) Erstellung

- Formel:**
$$\frac{\sum \text{Anzahl der Netzmitglieder, die an der Arztbefragung teilgenommen haben}}{\sum \text{Anzahl der eingeschriebenen Netzmitglieder}}$$
- Erläuterungen und Spezifikationen:** Netzmitglieder sind alle direkt vertraglich in das Versorgungsmodell eingebundenen Ärztinnen und Ärzte.
- Datenquellen:** Rücklaufquote der Arztbefragung
- Bezugszeitraum:** Ein Jahr (empfohlener Turnus für Arztbefragung)

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Der Indikator zeigt ein mögliches Problemfeld auf (insbesondere auch im Hinblick auf die Interpretation anderer Indikatoren), liefert aber an sich noch keine Erklärung. Die Ursachen können verschiedener Art sein: zu umfangreicher Fragebogen, fehlende Nachfassaktion, ungünstiger Zeitpunkt der Befragung (z.B. Urlaubszeit) oder aber auch fehlendes Interesse auf Seiten der Ärzte.

Indikator 11: Anteil der Ärzte, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell teilgenommen haben

(I) Beschreibung

- Aussage:** Der Indikator gibt den Anteil der Mitglieder des Versorgungsmodells an, die an allen regionalen Informationsveranstaltungen oder Versammlungen im Bezugszeitraum teilgenommen haben. Hiermit sind nicht Qualitätszirkel, sondern z.B. Netzkonferenzen oder Mitgliederversammlungen gemeint.

Begründung:	Die Teilnahme an gemeinsamen Informationsveranstaltungen bzw. Versammlungen ist eine Voraussetzung dafür, dass Mitglieder des Versorgungsmodells sich aktiv einbringen können und über aktuelle Entscheidungen und Pläne informiert sind.
Zielstellung:	Möglichst hoch
Vertiefung:	Differenzierte Auswertung des Indikators nach Art der Veranstaltung. Bei niedrigen Teilnahmequoten: Befragung der Mitglieder nach Gründen der Nichtteilnahme.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Mitglieder mit Anwesenheit an allen regionalen Veranstaltungen}}{\sum \text{Anzahl aller eingeschriebenen Netzmitglieder}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Mitglieder sind alle direkt vertraglich eingebundenen Ärztinnen und Ärzte.
Datenquellen:	Anwesenheitslisten der regionalen Veranstaltungen bzw. Versammlungen für Mitglieder
Bezugszeitraum:	Ein Jahr

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Gegebenenfalls muss beachtet werden, dass sich Veranstaltungen nicht an alle Mitglieder richten oder dass aufgrund der Größe des Versorgungsmodells mehrere Veranstaltungen stattfinden.

Indikator 12: Anteil der Ärzte, die sich über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell gut informiert fühlen

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie gut sich die Mitglieder über Ziele und Aktivitäten im regionalen Versorgungsmodell informiert fühlen.
Begründung:	Dass Mitglieder eines Versorgungsmodells gut über gemeinsame Ziele und Aktivitäten informiert sind, ist eine wesentliche Voraussetzung, um diese Ziele zu erreichen.
Zielstellung:	Möglichst hoch
Vertiefung:	Differenzierte Auswertung des Indikators, z.B. nach Fachgruppen.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer, die sich gut informiert fühlen}}{\sum \text{Anzahl aller Befragungsteilnehmer}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier Mitglieder des Versorgungsmodells, die an der Arztbefragung teilgenommen haben.
Datenquellen:	Arztbefragung
Bezugszeitraum:	Ein Jahr (empfohlener Turnus für Arztbefragung)

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Ein schlechtes Ergebnis des Indikators kann sowohl auf ein Defizit an Informationsangeboten als auch auf fehlende Nachfrage nach diesen Informationen hindeuten. Zur weiteren Interpretation sollten vor allem die Indikatoren 10 und 11 mitbetrachtet werden.

Die Reliabilität ist für das spezifische verwendete Befragungsinstrument statistisch zu prüfen.

Fokus: Zufriedenheit der Versicherten**Indikator 13: Anteil der zufriedenen Versicherten im Netz****(I) Beschreibung**

Aussage:	Der Indikator gibt den Anteil der Versicherten im Netz an, die mit der Versorgung im Netz insgesamt zufrieden sind.
Begründung:	<p>Da die Netzarbeit dazu dient, die Qualität der medizinischen Versorgung für die Versicherten zu fördern, sind die Erwartungen und Erfahrungen der Versicherten selbst wesentlich für eine Bewertung der Netzarbeit. Sie stellen eine eigene Form von Ergebnisqualität dar. Die angemessene Einbindung der Patienten bei der Gestaltung bzw. Neugestaltung von Versorgungsprozessen ist von wesentlicher Bedeutung für deren Wirksamkeit und Erfolg (<i>Broge B et al. 2003</i>).</p> <p>Basis für diesen Indikator ist eine Versichertenbefragung, die zugleich weitere Fragen z.B. zu konkreten Erfahrungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung stellt (vgl. z.B. Indikator 21 „Beurteilung der Erreichbarkeit der Ärzte aus Sicht der eingeschriebenen Versicherten“). Diese Fragen sollen gezielte Hinweise darauf geben, womit konkret die Versicherten ggf. nicht zufrieden oder auch, womit sie besonders zufrieden sind. Ziel ist es, den Versicherten auf diese Weise</p>

die Möglichkeit zu bieten, einen Beitrag zur systematischen Qualitätsförderung zu leisten. (Dierks ML et al. 2000; Klingenberg A / Szecsenyi J 1998; Klingenberg A / Szecsenyi J 1999; Sturm H et al. 1998; Szecsenyi J et al. 2001).

- Zielstellung:** Möglichst hoch. Der Anteil der sich „sehr zufrieden“ äussernden Befragten (siehe unten) sollte über 90 % liegen.
- Vertiefung:** Die Interpretation dieses Indikators sollte im Zusammenhang mit weiteren Ergebnissen einer Versichertenbefragung (einschl. Rücklaufquote) erfolgen.

(II) Erstellung

- Formel:**
$$\frac{\sum \text{Zahl der zufriedenen Befragungsteilnehmer}}{\sum \text{Zahl aller Befragungsteilnehmer}}$$
- Erläuterungen und Spezifikationen:** „Befragungsteilnehmer“ sind hier eingeschriebene Versicherte, die an der Versichertenbefragung eines Netzes teilnehmen. „Zufriedene Befragungsteilnehmer“ sind diejenigen, die auf einer 5-stufigen Skala (von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“) sich für die Angabe „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ entschieden haben.
- Datenquellen:** Versichertenbefragung
- Bezugszeitraum:** Die Befragung soll in regelmäßigem Turnus die jeweils aktuelle Sicht der Versicherten erheben. Maximal jährlicher, minimal 3-jährlicher Turnus.
- Hinweise:** Je nach Größe des Arztnetzes ist aus ökonomischen Gründen eine Zufallsstichprobe anstatt einer Vollerhebung angemessen.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Die Zufriedenheit von Patienten/Versicherten mit ihrer Gesundheitsversorgung liegt nur teilweise im ärztlichen Einflussbereich. Sie ist auch von anderen Faktoren abhängig, beispielsweise den Erwartungen und bisherigen Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung, dem aktuellen Gesundheitszustand, der allgemeinen Lebenszufriedenheit usw.

Darüber hinaus ist die Validität der Befragungsergebnisse abhängig von der Qualität des Befragungsinstrumentes, der Methodik der Durchführung (Zufallsauswahl, Anonymität) und der erzielten Rücklaufquote.

Diese Aspekte sind für das verwendete Befragungsinstrument jeweils zu prüfen.

Indikator 14: Anteil der Versicherten, die das Versorgungsmodell weiterempfehlen würden

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie groß der Anteil der Versicherten ist, die so zufrieden mit der Betreuung im Netz sind, dass sie es anderen weiterempfehlen würden.
Begründung:	Besondere Bedeutung gewinnt dieser Indikator dadurch, dass US-Studien belegen, dass die meisten Versicherten sich bei der Entscheidung über ihre medizinische Versorgung sehr stark von der Empfehlung ihrer Freunde und Verwandten leiten lassen (<i>Kaiser Family Foundation / Agency for Health Care Research and Quality 2000</i>).
Zielstellung:	Möglichst hoch
Vertiefung:	Die Interpretation dieses Indikators sollte im Zusammenhang mit weiteren Ergebnissen einer Versichertenbefragung (einschl. Rücklaufquote) erfolgen.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Zahl der Befragungsteilnehmer, die das Netz weiterempfehlen würden}}{\sum \text{Zahl aller Befragungsteilnehmer}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier eingeschriebene Versicherte, die an der regelmäßigen Versichertenbefragung des Netzes teilnehmen.
Datenquellen:	Versichertenbefragung, siehe auch Indikator 13
Bezugszeitraum:	Die Befragung wird maximal einmal jährlich, mindestens aber alle drei Jahre durchgeführt. Sie soll in regelmäßigem Turnus die jeweils aktuelle Sicht der Patienten erheben.
Hinweise:	Es ist auf eine möglichst hohe Rücklaufquote zu achten (siehe hierzu auch die Hinweise zu Indikator 10). Je nach Größe des Arztnetzes ist aus ökonomischen Gründen eine Zufallsstichprobe anstatt einer Vollerhebung angemessen.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Die Messgüte ist abhängig vom eingesetzten Instrument und der Methodik bei der Durchführung der Befragung (Zufallsauswahl, Anonymität) und für das spezifische verwendete Befragungsinstrument statistisch zu prüfen. Die Weiterempfehlungsbereitschaft hängt vor allem von der Zufriedenheit der Versicherten mit dem Netz ab. Sie ist daher beeinflussbar, indem Erwartungen, Erfahrungen und Wünsche von Versicherten bei der Netzarbeit berücksichtigt werden (siehe Indikator 13).

Fokus: Zufriedenheit der Ärzte

Indikator 15: Anteil der Ärzte, die mit den Ergebnissen des Versorgungsmodells im vergangenen Jahr zufrieden sind

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie hoch der Anteil der mit den Netz- ergebnissen zufriedenen Netzärzte ist.
Begründung:	Die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Netzteilnehmer mit den Netzergebnis- sen ist ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Beurteilung des Erfolges der Arbeit im Netz. Allerdings gilt auch hier, dass z.B. Unzufriedenheit mit einem sehr hohen (unrealistischen) Anspruchsniveau und Zufriedenheit mit einem sehr niedrigen Anspruchsniveau zusammenhängen können. Daher ist dieser Indikator in Zusam- menhang mit anderen Ergebnissen und als Teil weiterer Analysen einer Befragung der Netzärzte zu sehen.
Zielstellung:	Möglichst hoch
Vertiefung:	Differenzierte Analyse von Ergebnissen im Hinblick auf Versorgungsziele und hin- sichtlich Aufwand/Ertrag des Versorgungsmodells aus Sicht der Mitglieder

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer, die zufrieden mit den Netzergebnissen sind}}{\sum \text{Anzahl aller Befragungsteilnehmer}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier Ärzte, die an der Arztbefragung teilgenommen haben.
Datenquellen:	Arztbefragung
Bezugszeitraum:	Empfohlen wird ein jährlicher Turnus der Arztbefragung.

(III) Anmerkungen zur Messgüte

Zufriedenheit ist ein sehr globales Konstrukt, das beispielsweise auch von indivi-
duellen Eigenschaften der Befragten beeinflusst wird. Daher ist es wichtig, weitere,
konkrete Fragen zu ergänzen (*Kirst C 2004*). Für das jeweils verwendete Befragungs-
instrument ist zu prüfen, ob die Fragen und Methodik zu verwertbaren Ergebnis-
sen führen (siehe auch Hinweise zu Indikator 10).

Qualitätsmanagement auf Praxisebene

Unabhängig von den Aktivitäten auf Ebene des Arztnetzes sind die Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements in den Arztpraxen ein wesentlicher Baustein der Qualitätsentwicklung insgesamt. Hierbei sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu beachten. Durch das seit 1. 1. 2004 geltende Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) sind die Anforderungen der ärztlichen Berufsordnung und die schon seit längerem geltenden Anforderungen für den stationären Bereich zur Einführung von Qualitätsmanagement auf alle Gesundheitseinrichtungen ausgedehnt worden. In § 135 a und § 136 b SGB V wird formuliert:

„(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“

Im Oktober 2005 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zur Konkretisierung dieser gesetzlichen Vorgaben eine Qualitätsmanagement-Richtlinie veröffentlicht. Die Umsetzung dieser Richtlinie ist mit einer Vielzahl von Maßnahmen auf Praxisebene verbunden. Eine Abbildung aller dieser Maßnahmen durch Indikatoren im Rahmen der hier vorgestellten „Allgemeinen Indikatoren für regionale Versorgungsmodelle“ wäre sehr umfangreich. Hinzu kommt, dass derzeit im Rahmen der geplanten Prüfungen zur Umsetzung der QM-Maßnahmen an weiteren Konkretisierungen der Anforderungen gearbeitet wird. Daher beschränken sich die Indikatoren dieses Kapitels auf wenige, ausgewählte Aspekte des internen Qualitätsmanagements, und zwar:

- Fehlermanagement (Indikator 16),
- Patientenorientierung (Indikator 17) und
- Mitarbeiterorientierung (Indikator 18).

Je nach Entwicklung des Netzes kann die Anzahl der Indikatoren bezogen auf das interne Qualitätsmanagement auch erweitert werden. Allerdings ist zu bedenken, dass damit auch der Aufwand für die Datenerhebungen steigt. Perspektivisch ist daher auch zu überlegen, ob dieser Bereich summarisch behandelt werden kann, nämlich über einen Zertifizierungsprozess, den die Praxen durchlaufen und der alle in der G-BA Richtlinie erhobenen Anforderungen überprüft. Es würde dann allein das Zertifikat ausreichen, um eine Vielzahl qualitätsrelevanter Aspekte auf Praxisebene abzubilden. Ähnlich verfährt auch die Schweizer EQUAM-Stiftung im Rahmen der Zertifizierung von Arztnetzen (*Huber F / Hess K 2007*).

Fokus: Fehlermanagement

Indikator 16: Anteil der Ärzte, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen

(I) Beschreibung

Aussage: Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie groß der Anteil der Netzärzte ist, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen.

Begründung: Im Alltag einer Arztpraxis können vermeintlich kleine Fehler (z.B. nicht beachtete Laborergebnisse) große Auswirkungen haben (*Beyer M / Gerlach FM 2003*). Fehlerberichtssysteme versuchen, solche Fehler vermeiden zu helfen (*Hoffmann B 2006; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006*). Zwischenzeitlich sind in vielen Ländern, darunter auch Deutschland, solche Systeme etabliert. Sie folgen dem gleichen Grundgedanken: Man muss nicht alle Fehler erst selbst gemacht haben, um aus ihnen lernen zu können. Berichten ist sinnvoll, vor allem, wenn es zu einer konstruktiven Reaktion führt.

Daher werden im Rahmen eines Fehlerberichtssystems kritische Ereignisse und Fehler systematisch analysiert und ausgewertet, um auf diese Weise Erkenntnisse über Fehlerarten, -häufigkeiten und ihre Ursachen zu gewinnen. Besonderes Augenmerk soll dabei auf fehlerverursachende Bedingungen gerichtet werden.

Zielstellung: Möglichst alle Netzärzte sollten an einem Fehlerberichtssystem teilnehmen.

Vertiefung: Ausweitung des Indikators im Hinblick darauf, ob die Ergebnisse des praxisindividuellen Fehlermanagements auch auf Ebene des Versorgungsmodells genutzt werden (z.B. im Rahmen eines Qualitätszirkels, der Erfahrungen aus den Praxen aufarbeitet und für alle Mitglieder zugänglich macht).

(II) Erstellung

Formel:
$$\frac{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer, die an einem Fehlerberichtssystem teilnehmen}}{\sum \text{Anzahl aller Befragungsteilnehmer}}$$

Erläuterungen und Spezifikationen: „Befragungsteilnehmer“ sind hier die Netzmitglieder, die an der Arztbefragung teilgenommen haben. Natürlich ist auch eine separate Erhebung möglich, aber im Hinblick darauf, möglichst nicht inflationär viele Befragungen durchzuführen, ist eine Zusammenlegung sinnvoll.

Datenquellen: Arztbefragung

Bezugszeitraum: Vgl. Hinweise zu Indikator 10

Fokus: Patienten- und Mitarbeiterorientierung

Indikator 17: Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie groß der Anteil der Netzärzte ist, die in den letzten 36 Monaten in ihrer Praxis eine Patientenbefragung (PB) durchgeführt haben.
Begründung:	Qualitätsförderungsmaßnahmen können nur erfolgreich sein, wenn die Perspektive der Patienten ausreichend berücksichtigt wird. Patienten können wichtige Anregungen für das Qualitätsmanagement in der Arztpraxis geben. <i>(Klingenberg A / Szecsenyi J 1998; Klingenberg A et al. 1999; Wensing M et al. 2000)</i>
Zielstellung:	Möglichst hoch. Möglichst alle Netzärzte sollten mindestens alle drei Jahre eine praxisinterne Patientenbefragung durchführen.
Vertiefung:	Differenzierte Analyse dazu, ob und wie Ergebnisse der Befragungen tatsächlich genutzt werden.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer, die eine PB durchgeführt haben}}{\sum \text{Anzahl aller Befragungsteilnehmer}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier die Netzmitglieder, die an der Arztbefragung teilgenommen haben (vgl. aber die Anmerkungen zu Indikator 16).
Datenquellen:	Arztbefragung
Bezugszeitraum:	Die Arztbefragung wird jährlich durchgeführt. Die Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 36 Monaten vor der Befragung (vgl. Hinweise zu Indikator 10).

Indikator 18: Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Mitarbeiterbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie hoch der Anteil der Netzmitglieder ist, die in den letzten 36 Monaten eine Mitarbeiterbefragung (MB) in ihrer Praxis durchgeführt haben.
-----------------	---

Begründung:	Mitarbeiterbefragungen sind ein wichtiger Baustein der Mitarbeiterorientierung (<i>Borg I. 2000</i>). Sie dienen dazu, die Arbeitsbelastung, die eigenen Entwicklungsperspektiven, die Klarheit von Verantwortlichkeiten für die eigenen Arbeitsbereiche, die Einschätzung der Zusammenarbeit im Praxisteam und die Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt strukturiert zu analysieren (<i>Sibbald B. et al. 2000</i>). Die Ergebnisse sind Basis für eine weitere Qualitätsentwicklung im Praxisteam.
Zielstellung:	Möglichst hoch. Möglichst alle Netzmitglieder sollten mindestens alle drei Jahre eine praxisinterne Mitarbeiterbefragung durchführen.
Vertiefung:	Differenzierte Analyse dazu, ob und wie Ergebnisse der Befragungen tatsächlich genutzt werden.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer, die eine MB durchgeführt haben}}{\sum \text{Anzahl aller Befragungsteilnehmer}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier die Netzmitglieder, die an der Arztbefragung teilgenommen haben.
Datenquellen:	Arztbefragung
Bezugszeitraum:	Die Arztbefragung wird jährlich durchgeführt. Die Frage bezieht sich auf einen Zeitraum von 36 Monaten vor der Befragung (vgl. Hinweise zu Indikator 10).

Steuerung und Koordinierung der Versorgung

Eine Verbesserung der Steuerung und Koordinierung der Versorgung ist das wesentliche, übergeordnete Ziel von Arztnetzen. Generell soll dabei erreicht werden, dass die Patienten möglichst schnell und gezielt die Versorgung erhalten, die sie benötigen, wobei Hausärzte in diesem Zusammenhang eine Lotsen- und Filterfunktion übernehmen (*Berchtold P / Hess K 2006*): Sie entscheiden, auf welcher Ebene der Gesundheitsversorgung (Hausärzte, Spezialisten, Krankenhäuser) die Patientenprobleme angemessen gelöst werden können. Voraussetzung dafür ist unter anderem, dass der Einstieg der Patienten in das Versorgungssystem normalerweise über Hausärzte erfolgt. Auch Patienten bewerten es Befragungen zufolge überwiegend positiv, wenn ihr Hausarzt die Inanspruchnahme von Fachärzten koordiniert bzw. wenn die Initiative zu einer Überweisungen von ihm ausgeht.) (*Himmel W. et al. 2000; Rosemann T. et al. 2006*).

Inwiefern dies gelingt und ob die damit häufig verknüpften Erwartungen (z.B. weniger Krankenhauseinweisungen, stattdessen mehr ambulante Operationen) eintreffen, wird mit den folgenden Indikatoren abgebildet. Zumindest sollte man das Versorgungsgeschehen anhand dieser Indikatoren laufend beobachten. Sie werden vom AQUA-Institut auch im Rahmen der Evaluation der hausarztzentrierten Versorgungsmodelle des VdAK als Erfolgsparameter verwendet (*Broge B 2007*).

Weitere Voraussetzungen für eine gute Steuerung und Koordinierung der Versorgung sind z.B. die Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung (z.B. Öffnungszeiten) und eine die regionalen, spezifischen Gesundheitsprobleme der Patienten widerspiegelnde Struktur der medizinischen Leistungsangebote (durch Nutzung morbiditätsbezogener Informationen).

Die Indikatoren dieses Abschnitts sind thematisch wie folgt gegliedert:

- Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung durch Erhebung und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen (Indikator 19)
- Erreichbarkeit und Wartezeiten (Indikatoren 20–22)
- Steuerung der Patienten auf die angemessene Versorgungsebene (Indikatoren 23–28)

Darüber hinausgehende Parameter zur Messung der Steuerung und Koordinierung finden sich implizit auch in den Indikatoren der folgenden medizinischen Indikatorensets ab Teil C dieses Indikatorensystems.

Fokus: Bedarfsorientierte Ausrichtung der Versorgung

Indikator 19: Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den Versicherten

(I) Beschreibung

- Aussage:** Der Indikator sagt aus, ob und inwieweit für das regionale Versorgungsmodell morbiditätsbezogene Routinedaten für die eingeschriebenen Versicherten zur Verfügung stehen und ob diese Informationen für die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit genutzt werden.
- Begründung:** Sowohl aufgrund regionaler Besonderheiten als auch aufgrund von Selektionseffekten durch die notwendige Einschreibung der Versicherten in das Versorgungsmodell wird die spezifische Morbidität und damit auch der spezifische Versorgungsbedarf der Versicherten eines regionalen Versorgungsmodells oft vom allgemeinen Durchschnitt abweichen. Im Rahmen der Planung und der Bewertung der Netzarbeit sollten deshalb entsprechende Informationen zu den Versicherten berücksichtigt werden.
- Zielstellung:** Möglichst hoch. Es sollten möglichst umfassende morbiditätsbezogene Routinedaten über die eingeschriebenen Versicherten verfügbar sein und für die Arbeit im Versorgungsmodell genutzt werden. Es sollten möglichst viele der Kriterien in Tabelle 4 bzw. eines netzspezifischen Bewertungsbogens zutreffen.
- Vertiefung:** Analyse der Routinedaten dahingehend, wie viele Leistungen für eingeschriebene Versicherte durch Mitglieder bzw. durch externe Leistungserbringer erbracht werden. Identifikation der wichtigsten Schnittstellen zu Leistungserbringern außerhalb des Versorgungsmodells.

(II) Erstellung

- Formel:**
$$\frac{\sum \text{Zahl der erfüllten Kriterien gemäß Bewertungsbogen}}{\sum \text{alle Kriterien des Bewertungsbogens}}$$
- Erläuterungen und Spezifikationen:** Siehe Bewertungsbogen
- Datenquellen:** Bewertungsbogen (Empfehlung siehe Tabelle 4) oder netzspezifischer Bogen. Datengrundlage für die einzelnen im Bogen genannten Punkte sind GKV-Routinedaten.
- Bezugszeitraum:** Ein Jahr

Tabelle 4: Empfohlene Inhalte für einen Bewertungsbogen zur Verfügbarkeit und Nutzung morbiditätsbezogener Informationen zu den eingeschriebenen Versicherten

FRAGE	ANTWORTKATEGORIEN
Stehen die folgenden morbiditätsbezogenen Informationen über die eingeschriebenen Versicherten zur Verfügung: <ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliches Alter • Geschlecht • Häufigste ambulante Diagnosen • Häufigste stationäre Diagnosen • Durchschnittliche Leistungsausgaben • Arzneimittelausgaben unterteilt nach Wirkstoffgruppen • Patienten mit sehr hohem Versorgungsbedarf (z.B. Kosten > 20.000 Euro p.a.) 	Ja/nein
Stehen diese Informationen auch für alle Versicherten der Region zur Verfügung?	Ja/nein
Stehen diese Informationen auch für eine Vergleichsregion/risikogleiche Kontrollgruppe zur Verfügung?	Ja/nein
Werden diese Informationen bei der Konkretisierung und Weiterentwicklung der Vertragsziele verwendet?	Ja/nein
Werden diese Informationen regelmäßig z.B. im Steuerungsgremium oder mit den Moderatoren der Qualitätszirkel diskutiert, um die inhaltliche Arbeit des Netzes zu planen?	Ja/nein

Fokus: Erreichbarkeit und Wartezeiten

Indikator 20: Anteil der Patienten mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeit

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt einen Hinweis darauf, wie groß der Anteil der eingeschriebenen Versicherten ist, die bei geplanten Arztterminen nicht über die im Netz vereinbarte maximale Wartezeit hinaus warten mussten.
Begründung:	Lange Wartezeiten sind aus Sicht der Patienten ein häufiger Kritikpunkt der Versorgung und beeinträchtigen unter Umständen auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer Arztpraxis. Dabei sind lange Wartezeiten durch Einführung eines guten Praxismanagements oft vermeidbar (z.B. Einführung eines Bestellsystems und Pufferzeiten für Notfälle).
Zielstellung:	Der Anteil der Patienten, bei denen die im Netz vereinbarte maximale Wartezeit eingehalten wurde, sollte möglichst hoch sein. Die im Arztnetz vereinbarte maximale Wartezeit sollte bei höchstens 30 Minuten liegen.
Vertiefung:	Um die Ergebnisse besser interpretieren zu können, sollte, soweit sich das Netz aus verschiedenen Fachgruppen konstituiert, eine Unterteilung der Ergebnisse nach Fachgruppen möglich sein.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer (Versicherte)} \\ \text{mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeiten}}{\sum \text{Anzahl der Befragungsteilnehmer (Versicherte)}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier die eingeschriebenen Versicherten, die an der Versichertenbefragung teilgenommen haben.
Datenquellen:	Versichertenbefragung
Bezugszeitraum:	Mindestens alle drei Jahre. Maximal 1 x pro Jahr (siehe auch Hinweise zu Indikator 13)

Indikator 21: Beurteilung der Erreichbarkeit der Ärzte aus Sicht der eingeschriebenen Versicherten

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt Hinweise darauf, inwieweit die telefonische Erreichbarkeit, die Öffnungszeiten und die Möglichkeit, passende Termine zu erhalten, aus Sicht der Versicherten zufriedenstellend sind.
Begründung:	Die Erreichbarkeit beschreibt, wie einfach es für die Versicherten möglich ist, Zugang zur Versorgung zu erhalten. Schlechte telefonische Erreichbarkeit, ungünstige Öffnungszeiten und schlechte Möglichkeiten, für sie passende Termine zu finden sind aus Sicht der Versicherten Hindernisse, um die Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen.
Zielstellung:	Möglichst hoch. Die Ärzte im Netz sollten für die Patienten möglichst gut erreichbar sein.
Vertiefung:	Um die Ergebnisse besser interpretieren zu können, sollte, soweit im Netz mehrere Fachgruppen vertreten sind, eine Unterteilung der Ergebnisse nach Fachgruppen möglich sein.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Index aus durchschnittl. Bewertung der einzelnen Fragen je Befragungsteilnehmer}}{\sum \text{Anzahl aller Befragungsteilnehmer}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	„Befragungsteilnehmer“ sind hier eingeschriebene Versicherte, die an der Versichertenbefragung teilgenommen haben.

Erreichbarkeit ist ein Index, der aus folgenden Aspekten gebildet wird, die im Rahmen der Versichertenbefragung erhoben werden:

- Telefonische Erreichbarkeit der Arztpraxen aus Sicht der Versicherten
- Beurteilung der Öffnungszeiten aus Sicht der Versicherten
- Möglichkeit, passende Termine zu bekommen, aus Sicht der Versicherten

Datenquellen: Versichertenbefragung

Bezugszeitraum: Mindestens alle drei Jahre. Maximal 1 x pro Jahr

Indikator 22: Anteil der Wochenstunden, an denen mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist

(I) Beschreibung

Aussage: Der Indikator sagt aus, an wie vielen der insgesamt 168 Wochenstunden (Normalwoche ohne Feiertag) mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist.

Begründung: Die hausärztlich tätigen Arztpraxen im Versorgungsmodell sollten sich untereinander hinsichtlich ihrer Öffnungszeiten so absprechen, dass sich eine möglichst große Gesamtöffnungszeit ergibt. Damit wird den Versicherten der Zugang zur hausärztlichen Versorgung erleichtert. Erreichbarkeit und Verfügbarkeit des Hausarztes ist ein wesentlicher Aspekt hausärztlicher Versorgung aus Patientensicht (*Wensing M et al. 2002*).

Zielstellung: Es sollte tagsüber und am frühen Abend immer mindestens eine Hausarztpraxis im Netz geöffnet haben.
Nicht zu jeder Uhrzeit macht es jedoch Sinn, Sprechzeiten anzubieten (z.B. nachts, sonntags). Ein realistischer Zielwert liegt daher bei maximal 40 %.

Vertiefung: Wichtig ist im Zusammenhang mit dieser Erhebung eine Darstellung der Zeiten, an denen keine Hausarztpraxis geöffnet ist, um zu erkennen, ob ggf. noch Handlungsbedarf besteht. Bei der Bewertung zu berücksichtigen sind auch bestehende Vertretungsgewohnheiten und -möglichkeiten.

(II) Erstellung

Formel:
$$\frac{\sum \text{Anzahl der Stunden, an denen mindestens eine hausärztliche Praxis geöffnet ist}}{\sum \text{Anzahl der gesamten Wochenstunden}}$$

Erläuterungen und Spezifikationen: Normalwoche ohne Feiertag. Grundlage sind nur hausärztliche Praxen, die Mitglieder des Versorgungsmodells in der Region sind.

Datenquellen: Erhebung der Öffnungszeiten der Hausärzte

Bezugszeitraum: Wird einmal jährlich aktualisiert

Fokus: Patientensteuerung

Indikator 23: Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je eingeschriebenem Versicherten

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator beschreibt die durchschnittliche Zahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte (unabhängig davon, ob es Netzärzte sind) bezogen auf alle eingeschriebenen Versicherten, die im Bezugszeitraum mindestens einen Hausarztkontakt hatten.
Begründung:	Im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung im Arztnetz 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.
Zielstellung:	Möglichst nahe bei eins. Patienten sollten möglichst immer den gleichen Hausarzt aufsuchen. Aufgrund von Urlaubszeiten und Vertretungen ist allerdings ein etwas höherer Wert als eins zu erwarten.
Vertiefung:	Differenzierte Auswertung der Hausarzt-Inanspruchnahme, Rückfragen bei Fällen mit deutlichen Abweichungen.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der verschiedenen konsultierten Hausärzte je Versicherten}}{\sum \text{Anzahl Versicherten, mit mind. einen Hausarztkontakt im Bezugszeitraum}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Bei diesem Indikator werden ausschließlich Hausarztkontakte betrachtet.
Datenquellen:	Routinedaten der Krankenkassen (ambulante Abrechnungsdaten)
Bezugszeitraum:	Ein Jahr oder ein Quartal

Indikator 24: Zahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte je eingeschriebenem Versicherten

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt die durchschnittliche Zahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte (mit oder ohne Überweisung durch einen Netzarzt) je eingeschriebenem Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt im Bezugszeitraum an.
-----------------	--

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 geringer sein als in einer vergleichbaren Kontrollgruppe.
Zielstellung:	Da die Zahl der in Anspruch genommenen verschiedenen Fachärzte auch von der Morbidität der Versicherten abhängt, sind Aussagen nur im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit ähnlicher Morbidität möglich.
Vertiefung:	Differenzierte Analyse nach Art der Fachgruppen

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der verschiedenen konsultierten Fachärzte je Versicherten}}{\sum \text{Anzahl Versicherte, mit mind. einen Arztkontakt im Bezugszeitraum}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Im Nenner werden alle eingeschriebenen Versicherten gezählt, die mindestens einen Arztkontakt (Hausarzt oder Facharzt) im Bezugszeitraum hatten. Fachgruppen, für die unabhängig vom Gatekeeping eine direkte Inanspruchnahme möglich ist (z.B. Augenärzte, Frauenärzte), sollten bei der Erstellung des Indikators ausgenommen werden.
Datenquellen:	Routinedaten der Krankenkassen (ambulante Abrechnungsdaten)
Bezugszeitraum:	Ein Jahr oder ein Quartal

Indikator 25: Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung für eingeschriebene Versicherte

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator bildet ab, wie groß der Anteil der Facharztkonsultationen ist, für die eine Überweisung vom jeweiligen Hausarzt des Versicherten vorliegt, bezogen auf alle Facharztkonsultationen.
Begründung:	Im Rahmen der hausarztorientierten Versorgung im Arztnetz ist zu erwarten, dass Facharztkonsultationen im Regelfall nur mit Überweisungen erfolgen. Je höher der Anteil der Facharztkonsultationen mit Überweisung ist, desto mehr können die Hausärzte ihre Lotsenfunktion wahrnehmen.
Zielstellung:	Möglichst hoch (> 90 % angesichts des vereinbarten Gatekeepings, vgl. Seite 6).
Vertiefung:	Differenzierte Analyse nach Art der Fachgruppen

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der Facharztkonsultationen mit Überweisung vom Hausarzt des Versicherten}}{\sum \text{Anzahl aller Facharztkonsultationen}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Fachgruppen, für die eine direkte Inanspruchnahme möglich ist (z.B. Augenärzte), werden bei der Erstellung des Indikators nicht berücksichtigt (vgl. Indikator 24).
Datenquellen:	Routinedaten der Krankenkassen (Daten aus der Arztabrechnung, Auswertung des Überweisungsmerkmals)
Bezugszeitraum:	Ein Jahr

Indikator 26: Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator „Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen“ gibt den Anteil der eingeschriebenen Versicherten mit Eingriffen nach § 115 b Abs. 1 SGB V (Katalog der ambulanten Operationen, AOP-Katalog) an allen stationären Aufnahmen an. Es werden auch Selbsteinweisungen und Einweisungen durch Ärzte, die nicht dem Netz angehören, berücksichtigt.
Begründung:	Möglichst alle Leistungen, welche ambulant erbracht werden können, sollten auch ambulant erbracht werden. Im Hinblick auf eine Verbesserung der Koordinierung und Steuerung ist im Rahmen der Versorgung im Arztnetz ein geringerer Anteil an stationären Aufnahmen aus dem AOP-Katalog (im Verhältnis zu allen stationären Aufnahmen) zu erwarten als in der Kontrollgruppe.
Zielstellung:	Möglichst gering. Da keine allgemeingültigen Zielwerte festgelegt werden können, sind für Interpretationen der Ergebnisse Vergleichswerte einer Kontrollgruppe mit ähnlicher Morbidität hilfreich.
Vertiefung:	Berücksichtigung regionaler Voraussetzungen (Welche grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen können in den Praxen der Region durchgeführt werden?).

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Anzahl der stationären Aufnahmen mit Hauptdiagnosen aus dem AOP-Katalog}}{\sum \text{alle stationären Aufnahmen für eingeschriebene Versicherte}}$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Hauptdiagnose ist diejenige vom Krankenhaus vergebene Entlassungsdiagnose, welche den Krankenhausaufenthalt begründet und auch Grundlage der DRG-Prüfungen ist.

Nicht alle im AOP-Katalog gelisteten Eingriffe sind eindeutig allein über die Hauptdiagnose zu erfassen. Zur Vereinfachung der Analysen werden hier aber nur solche Eingriffe betrachtet, bei denen dies möglich ist.

Datenquellen: GKV-Routinedaten (Leistungsdaten der Krankenhäuser)

Bezugszeitraum: Ein Jahr

Indikator 27: Zahl der stationären Aufenthalte je 1000 eingeschriebene Versicherte

(I) Beschreibung

Aussage: Der Indikator gibt an, wie hoch die Anzahl der stationären Krankenhausaufnahmen bezogen auf 1000 eingeschriebene Versicherte ist.

Begründung: Eine bessere Koordinierung und Primärversorgung könnte am Ende auch zu einer geringeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser insgesamt führen. Zumindest sollte der stationäre Versorgungsbedarf von Netzversicherten anhand des Indikators laufend beobachtet werden.

Zielstellung: Die Zahl der stationären Aufenthalte ist auch abhängig von der Morbidität der eingeschriebenen Versicherten. Deshalb sind Vergleiche zu einer Kontrollgruppe mit vergleichbarer Morbidität der Versicherten erforderlich, um Zielwerte zu erstellen.

Vertiefung: Ergänzend kann auch die Zahl der Krankenhaustage der Netzversicherten beobachtet werden.

(II) Erstellung

Formel:
$$\frac{\sum \text{Zahl der stat. Krankenhausaufnahmen für eingeschriebene Versicherte}}{\sum \text{Anzahl der eingeschriebenen Versicherten}} \times 1000$$

Erläuterungen und Spezifikationen: Mit den jeweiligen Datenlieferanten ist zu klären, wie stationäre Aufnahmen im Datensatz gekennzeichnet werden.

Datenquellen: GKV-Routinedaten (Leistungsdaten der Krankenhäuser)

Bezugszeitraum: Ein Jahr

Indikator 28: Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1000 eingeschriebene Versicherte

(I) Beschreibung

Aussage:	Der Indikator gibt an, wie viele stationäre Notfallaufnahmen von eingeschriebenen Versicherten im Bezugszeitraum stattgefunden haben.
Begründung:	Eine bessere Koordinierung und Versorgung der eingeschriebenen Versicherten sollte dazu führen, dass der stationäre Sektor vornehmlich geplant in Anspruch genommen wird. Die Notwendigkeit von Notfallaufnahmen sollte durch eine qualitativ hochwertige Versorgung so weit wie möglich verringert werden.
Zielstellung:	Da die Zahl der stationären Notfallaufnahmen auch abhängig ist von der Morbidität der eingeschriebenen Versicherten, sind Vergleiche zu einer Kontrollgruppe mit vergleichbarer Morbidität der Versicherten erforderlich, um Zielwerte zu erstellen.
Vertiefung:	Mit den Krankenhäusern der Region sollte sichergestellt werden, dass als Grundlage der Dokumentation eine einheitliche Notfalldefinition verwendet wird.

(II) Erstellung

Formel:	$\frac{\sum \text{Zahl der Notaufnahmen für eingeschriebene Versicherte}}{\sum \text{Anzahl aller eingeschriebenen Versicherten}} \times 1000$
Erläuterungen und Spezifikationen:	Gezählt werden hier die stationären Aufnahmen, die mit dem Aufnahmearbeit „N“ gekennzeichnet sind. Je nach regionaler Situation kann die Datenqualität dieses Feldes unterschiedlich sein. Dies ist vor Erstellung des Indikators mit den Datenlieferanten zu klären.
Datenquellen:	GKV-Routinedaten (Leistungsdaten der Krankenhäuser)
Bezugszeitraum:	Ein Jahr

Literaturverzeichnis

- (1) Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E. Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Dt. Ärzteverlag, 2001.
- (2) Baur R. Arztnetze der 1. Generation im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, 2002.
- (3) Berchtold P, Hess K. Gatekeeping. In: Evidence für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Arbeitsdokument des Obsan 16. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium., 2006.
- (4) Beyer M, Gerlach FM. Konsequente Analyse: So vermeiden Sie Laborfehler (Die häufigsten Fehler der Kollegen). *Der Hausarzt* 2003; 40 (18): 58–60.
- (5) Borg I. Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung: Theorien, Tools und Praxiserfahrungen. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 2000.
- (6) Broge B. Evaluation der Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung auf Basis von § 73 b SGB V in fünf Bundesländern (VdAK und KVen) – Projektdarstellung – Stand: 23. 05. 2007. Göttingen: AQUA-Institut, 2007.
- (7) Broge B, Schneider A, Szecsenyi J. Umsetzung von Verträgen zur Integrationsversorgung. Wann wird aus einem politischen Wunsch Wirklichkeit. In: Klusen N, Straub C, eds. Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2003: 121–133.
- (8) Burgers J, Grol R, Eccles M. Clinical guidelines as a tool for implementing change in patient care. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, eds. *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Oxford: Elsevier, 2004: 71–93.
- (9) Dierks ML, Bitzer EM, Schwarz FW. Patientenbefragungen in der Arztpraxis – Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2000; 94(8): 389–395.
- (10) Gerlach FM. Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2001.
- (11) Gerlach FM, Bahrs O. Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel. Strategien zur Etablierung. Berlin/Wiesbaden, Ullstein Mosby, 1994.
- (12) Gerlach FM, Beyer M, Berndt M, Szecsenyi J, Abholz HH, Fischer GC. Das DEGAM – Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 1999; 93(2):111–120.
- (13) Himmel W, Dieterich A, Kochen MM. Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *J Gen Intern Med* 2000; 15(7): 496–502.
- (14) Hoffmann B. Gilt mehr denn je: Jeder Fehler zählt! praxisnah 2006; (10):14–15.
- (15) Huber F. Erfahrungen aus Schweizer HMO-Modellen. In: Klusen N, Straub C, eds. Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Technik, Ethik, Ökonomie. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2003.
- (16) Huber F, Hess K. Qualitätsindikatoren für Managed Care in der Schweiz am Beispiel von MediX und EQUAM. In: Stock J, Szecsenyi J, eds. Stichwort: Qualitätsindikatoren. Bonn/Frankfurt am Main: KomPart, 2007.
- (17) Kaiser Family Foundation / Agency for Health Care Research and Quality. National Survey on Americans as Health Care Consumers: An Update to the Role of Quality Information. 2000.
- (18) Kassenärztliche Bundesvereinigung. Behandlungsfehler analysieren und vermeiden. www.kbv.de/publikationen/print/5938.html, 2006 (Zugriff am: 21.04.2009).

- (19) Kirst C. Erfahrungen, Bewertungen und Zukunftsperspektiven von Ärztenetzen in Deutschland. Eine Befragung von Teilnehmern zweier Ärztenetze in Deutschland. Diplomarbeit. Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Fachbereich Gesundheitswesen, 2004.
- (20) Klingenberg A, Szecsenyi J. Welchen Nutzen ziehen Ärzte aus einer Patientenbefragung? *Z Allg Med* 1998; 74(17-18): 769-772.
- (21) Klingenberg A, Szecsenyi J. Bewertung durch Patienten. In: Szecsenyi et. al, eds. Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten – Ergebnisse und Erfahrungen aus zwei Jahren „Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried“. Göttingen: AQUA-Institut, 1999.
- (22) Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie bewerten Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der internationalen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 1999; 93(6): 437-445.
- (23) Kühn K, Lühr O. 1. Zwischenbericht. Wissenschaftliche Begleitung des Qualitäts- und Kooperationsmodells. Rhein-Neckar (Hausarztmodell). Basel: Prognos, 2005.
- (24) Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res* 2006; 6:5.
- (25) Scheibler F. Shared Decision-Making – Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber, 2003.
- (26) Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Fam Pract* 2000; 17(5): 364-371.
- (27) Stauss B. Beschwerdenmanagement als Beitrag zur patientenzentrierten Evaluation – Ziele, Aufgaben und spezifische Probleme. In: Experten Fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, 1998.
- (28) Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2005; 99(6): 343-351.
- (29) Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort: Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Bad Homburg: KomPart Verlagsgesellschaft, 2007.
- (30) Sturm H, Trojan A, Hildebrandt H. Wie reagieren Krankenhäuser auf ihre Beurteilung durch vergleichende Patientenbefragungen? In: Ruprecht TM, ed. Experten Fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Hippe, 1998.
- (31) Szecsenyi J, Klingenberg A, Pelz J, Magedburg K. Bewertung eines Patientenbuchs durch Patienten: Ergebnisse aus der ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2001; 95: 407-412.
- (32) Wensing M, Grol R. Methods to identify implementation problems. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, eds. *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Oxford: Elsevier, 2005.
- (33) Wensing M, Mainz J, Grol R, for the EUROPEP group. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000; 6(3): 82-87.
- (34) Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(2): 111-118.
- (35) Westebbe PW. Ärzte im Netz. Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations- und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland. München: Institut für angewandte Kommunikation und Sozialforschung, 1999.

Wie können Ärzte in der Einzelpraxis, auf der Ebene eines Arztnetzes oder in anderen Versorgungsmodellen die Qualität ihrer medizinischen Arbeit messen, bewerten und verbessern? Antworten auf diese Frage gibt QISA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Es beschreibt und begründet eine Vielzahl von Messgrößen und ermöglicht das systematische Erfassen der Qualität in der Breite der ambulanten Versorgung. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat das Göttinger „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen“ (AQUA) die Qualitätsindikatoren und das sie leitende System erarbeitet.

QISA ist als Handbuch mit einem flexiblen und erweiterbaren Bestand an Einzelbänden konzipiert, die thematisch nach wichtigen Versorgungsbereichen und häufigen Krankheiten sortiert sind. Diese Bände werden nach und nach im Rahmen einer Reihe veröffentlicht. Bislang sind erschienen:

Band A: QISA stellt sich vor

Band B: Allgemeine Indikatoren

Band C1: Asthma/COPD

Band D: Pharmakotherapie

Band E1: Prävention

Weitere Informationen zu QISA unter www.QISA.de

Der Band B widmet sich allgemeinen Qualitätsindikatoren für regionale Versorgungsmodelle. Ob Arztnetze, Medizinische Versorgungszentren oder Hausarztverträge – ein Qualitätsmanagement auf der Ebene oberhalb der Einzelpraxen ist bei allen wichtig. Künftig wird sich die Aufmerksamkeit noch stärker auf die Qualität der Versorgung von Gesundheitsregionen und lokalen Versichertenpopulationen richten. Auch auf dieser Ebene braucht es geeignete Indikatoren, an denen sich das Qualitätsmanagement entwickeln, orientieren und messen kann. Grund genug, den regionalen Modellen mit Hilfe von QISA-Indikatoren Unterstützung bei ihrer zukunftssträchtigen Arbeit zu geben.

ISBN: 978-3-940172-02-0

14,80 EURO