Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Technische Universität München
Förderkennzeichen:	01VSF19056
Akronym:	Pfad
Projekttitel:	Muster der Inanspruchnahme - Analyse von empirischen Patientenpfaden und Befragung von Versicherten
Autorinnen und Autoren:	Amelie Flothow, Wiebke Schüttig, Olaf Reddemann, Stefan Wilm, Udo Schneider, Leonie Sundmacher
Förderzeitraum:	01.10.2020 bis 30.09.2024
Ansprechpartner:	Leonie Sundmacher E-Mail: leonie.sundmacher@tum.de Telefon: +49 (0) 89 / 289 24464

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt Pfad wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF19056 gefördert.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusammenfassung

Hintergrund: Im deutschen Gesundheitssystem dürfen Patient:innen frei entscheiden, welche Ärzt:innen sie aufsuchen. Der Zugang zu Haus- und Fachärzt:innen ist nicht reguliert und das Einholen mehrerer Meinungen zu einem Behandlungsanlass grundsätzlich möglich. Fehlende Informationen über den Versorgungsverlauf von Patient:innen kann zu Doppeluntersuchungen und einer nicht adäquaten Versorgung von Patient:innen führen. Die genannten Steuerungsprobleme können somit zu potenzieller Fehl- und Überversorgung führen, ebenso zu Unterversorgung, wenn knappe Ressourcen nicht effizient eingesetzt werden. Ziel des Projekts war es für die Erkrankungen Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Depression und Rückenschmerz Steuerungsdefizite bezüglich koordinierter und kontinuierlicher Versorgung zu untersuchen.

Methodik: Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche und einem dreistufigen Delphi-Prozess wurden relevante Versorgungsereignisse identifiziert, welche in Abrechnungsdaten abbildbar sind. Das Versorgungsgeschehen der Versicherten wurde in Routinedaten der Techniker Krankenkasse der Jahre 2017 bis 2020 anhand ausgewählter relevanter Versorgungsereignisse operationalisiert, abgebildet und ihr Zusammenhang mit unerwünschten Gesundheitsoutcomes untersucht. Empirische Patientenpfade wurden für die Erkrankungen Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Depression berechnet und typische Versorgungsmuster je Erkrankung identifiziert. Zusätzlich wurde in einem quasi-experimentellen Studiendesign für Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz der Einfluss von koordinierter Versorgung auf die Inanspruchnahme von relevanten Gesundheitsereignissen untersucht. In einem weiteren Projektteil wurde anhand einer Online-Befragung von Versicherten der Techniker Krankenkasse die Perspektive von Patient:innen zu ihrer Inanspruchnahme und ihren Steuerungspräferenzen erhoben.

Ergebnisse: Im Projekt wurden 60 relevante Versorgungsereignisse zu den ausgewählten Erkrankungen konsentiert. Die Analyse der Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt wegen eines akuten Myokardinfarkts (STEMI) zeigte drei verschiedene Versorgungsmuster (Cluster). Insgesamt wurden 95% der Patient:innen entsprechend den Leitlinien versorgt. Es bestand kein Zusammenhang zwischen einem Versorgungmuster und dem negativen Gesundheitsoutcome (MACE). Bei der Analyse der Versorgung von Patient:innen mit Linksherzinsuffizienz NYHA III / IV gab es fünf verschiedene Versorgungsmuster. 19% der Studienpopulation erhielt die empfohlenen Leistungen nicht. Sowohl die Zugehörigkeit zum Versorgungsmuster mit häufigen Arztkontakten ohne Medikation als auch die Anzahl der beteiligten Versorger erhöhten die Wahrscheinlichkeit des unerwünschten Gesundheitsoutcomes (Mortalität oder Rehospitalisierung) signifikant. Die Analyse zu Behandlungspfaden von Patient:innen mit mittelgradiger Depression zeigte fünf verschiedene Behandlungsmuster. Insgesamt 25% der Studienpopulation erhielt ab initialer Diagnosestellung keine weitere Versorgung. 53% der Studienpopulation erhielt eine den Leitlinien entsprechende Versorgung. Die Anzahl an der Versorgung beteiligter Ärzt:innen erhöhte die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit der Patient:innen. Ein geringer Anteil an Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz hatte entgegen der Leitlinienempfehlung eine Operation. Die Operationsrate von koordiniert versorgten Patient:innen, d.h. jenen mit überwiegend Überweisungen zu Fachärzt:innen, und unkoordiniert versorgten Patient:innen unterschied sich nicht signifikant. Die Rate frühzeitiger und mehrfacher Bildgebung war bei

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

unkoordiniert versorgten Patient:innen deutlich höher. An der Versichertenbefragung nahmen 3.149 Versicherte teil und gaben Einblicke in ihre Präferenzen hinsichtlich möglicher Steuerungselemente: Es besteht ein Bedarf nach mehr Unterstützung bei der eigenen Versorgungskoordination, beispielweise bei der Wahl geeigneter Fachärzt:innen, und der Wunsch nach leichter Zugänglichkeit und fachlicher Expertise bei Gesundheitsfragen. Über die Hälfte aller Befragten waren bereit für eine gut abgestimmte Behandlung ihre Gesundheitsdaten mit den behandelnden Ärzt:innen zu teilen.

Diskussion: Es lässt sich jeweils ein Cluster mit Patient:innen identifizieren, die bei ähnlicher Morbidität überdurchschnittlich viele Leistungen erhält, teilweise auch mehr als in den Leitlinien empfohlen. Gleichzeitig findet sich in jeder der drei betrachteten Studienpopulationen auch ein Cluster, das deutlich weniger Leistungen erhält als empfohlen. Dies gibt Hinweise auf Über- und Unterversorgung. In den Prädiktionsmodellen lassen sich jedoch keine einheitlichen Unterschiede hinsichtlich einer Assoziation mit dem jeweils zu vermeidenden Outcome finden. Zusätzliche Steuerungselemente im Gesundheitssystem sollten möglichst geringe Komplexität aufweisen und transparent sein. Insbesondere bei mehreren parallelen Steuerungselementen sollte deren Kompatibilität miteinander beachtet werden.

Schlagworte: Versorgungspfade, Patientenpfade, Depression, Myokardinfarkt, Herzinfarkt, Rückenschmerz, Herzinsuffizienz, Koordination, Kontinuität, Steuerungsdefizite, Patientenpräferenzen, Versichertenbefragung, Routinedaten

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis ... 6

II Abbildungsverzeichnis ... 7

III Tabellenverzeichnis ... 7

1 Projektziele ... 8

1.1 Hintergrund und allgemeine Motivation ... 8

1.2 Ziel des Projekts ... 8

2 Projektdurchführung ... 9

2.1 Projektbeteiligte ... 9

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts ... 10

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts ... 10

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen ... 11

2.5 Rechtsgrundlage ... 13

3 Methodik ... 13

3.1 Literaturrecherche ... 14

3.1.1 Ziel der Literaturrecherche ... 14

3.1.2 Definition des Suchstrings und der Anforderungen an die Literatur ... 14

3.1.3 Methodische Durchführung der systematischen Literaturrecherche ... 14

3.2 Delphi-Prozess zur Konsentierung von Indikatoren ... 15

3.2.1 Ziel der Delphi-Befragung ... 15

3.2.2 Rekrutierung des Expert:innenpanels ... 16

3.2.3 Ablauf des Expert:innenpanels ... 16

3.3 Analyse der Gesundheitsversorgung ... 18

3.3.1 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse zur Erkrankung Myokardinfarkt ... 18

3.3.2 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse zur Erkrankung Herzinsuffizienz ... 19

3.3.3 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse zur Erkrankung Depression ... 20

3.3.4 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse unspezifischer Rückenschmerz ... 21

3.4 Versichertenbefragung ... 22

3.4.1 Motivation der Versichertenbefragung ... 22

3.4.2 Datengrundlage, Selektion und Anschreiben der Versicherten ... 22

3.4.3 Aufbau des Fragebogens und Auswertung ... 23

4 Projektergebnisse ... 25

4.1 Literaturrecherche ... 25

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.2 Ergebnisse des Expert:innenpanels ... 25
4.2.1 Zusammensetzung des Panels ... 25
4.2.2 Beschreibung des Delphi-Ablaufs und der Befragungsrunden ... 25
4.2.3 Beschreibung der Delphi-Ergebnisse ... 26
4.3 Versorgung von Patient:innen mit Myokardinfarkt ... 28
4.4 Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz ... 32
4.5 Versorgung von Patient:innen mit Depression ... 36
4.6 Versorgung von Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz ... 40
4.7 Ergebnisse der Versichertenbefragung ... 43
5 Diskussion der Projektergebnisse ... 50
5.1 Stärken und Limitationen der Studie/Ergebnisse ... 53
6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung ... 54
7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen ... 55
IV Literaturverzeichnis ... 55
V Anlagen ... 58

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I Abkürzungsverzeichnis

ACE-Hemmer	Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer
ARB	Angiotensin-II-Rezeptorblocker
ARNI	Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor
ASW	Average Silhouette Width (Silhouettenkoeffizient)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BZ	Beobachtungszeitraum
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HI	Herzinsuffizienz
HLS-EU-Q16	European Health Literacy Survey Questionnaire, Kurzversion mit 16 Items
IA	Innovationsausschuss
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
ifam	Institut für Allgemeinmedizin
KH	Krankenhaus
LCS	Longest Common Subsequence
MACE	Major Adverse Cardiac Event
MI	Myokardinfarkt
Mio.	Millionen
MRA	Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten
NYHA	New York Heart Association, Klassifikation zur Einteilung von Herzinsuffizienzstadien
PAM	Partitioning Around Medoids
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PSM	Propensity Score Matching
Reha	Rehabilitationsbehandlung
Routinedaten	Abrechnungsdaten der Krankenkasse
s.	siehe
SGB	Sozialgesetzbuch
SGLT2	Natrium-Glucose-Cotransporter-2
STEMI	ST-Hebungsmyokardinfarkt
TAH	Thrombozytenaggregationshemmer
TK	Techniker Krankenkasse
TUM	Technische Universität München
UCLA	University of California, Los Angeles
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entscheidungskriterien für Darstellungsformen für Versorgungspfade 17
Abbildung 2: Ablauf der Expert:innenpanelbefragung inklusive Teilnehmendenzahlen 26
Abbildung 3: Übersicht über die Ergebnisse des Pfad Expert:innenpanels 27
Abbildung 4: Ergebnisse des Pfad Expert:innenpanels zu den Darstellungen von Patientenpfaden 27
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der in Anspruch genommenen Leistungen je Quartal 29
Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung und die zehn häufigsten Sequenzen der ambulanten Gesundheitsversorgung von Patient:innen mit inzidenter Herzinsuffizienz.... 33
Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung und die zehn häufigsten Sequenzen der ambulanten Gesundheitsversorgung von Patient:innen mit mittelschwerer Depression ... 37
Abbildung 8: Arztbesuche in den letzten 12 Monaten 45
Abbildung 9: Zufriedenheit mit der Versorgung und Abstimmung zwischen Ärzt:innen..... 46
Abbildung 10: Fester Ansprechpartner im Gesundheitswesen und Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung..... 47
Abbildung 11: Präferenzen beim Trade-off zwischen kontinuierlicher Versorgung und rascher Hilfe 47
Abbildung 12: Präferenzen bei der Auswahl an Leistungserbringern und hinsichtlich geteilter Daten 49
Abbildung 13: Präferenzen bei Steuerungselementen 49

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektbeteiligte und Aufgaben im Projekt Pfad..... 9
Tabelle 2: Deskription der Versorgungsmuster für Patient:innen mit Myokardinfarkt (ST-Hebungsmyokardinfarkt)..... 29
Tabelle 3: Logistische Regression zur Prädiktion von MACE (Major Adverse Cardiac Event) bei Patient:innen mit STEMI (ST-Hebungsmyokardinfarkt) 31
Tabelle 4: Deskription der Population je Versorgungsmuster (Cluster) bei Linksherzinsuffizienz (NYHA III & IV) 33
Tabelle 5: Logistische Regression zum kombinierten Endpunkt der Rehospitalisierung oder Versterben bei Patient:innen mit Linksherzinsuffizienz (NYHA III / IV). 35
Tabelle 6: Deskription der Subpopulationen je Versorgungscluster von Patient:innen mit inzidenter mittelgradiger Depression..... 38
Tabelle 7: Logistische Regression zur Hospitalisierung bei Patient:innen mit inzidenter mittelgradiger Depression 40
Tabelle 8: Charakteristika der koordinierten und unkoordinierten Patient:innen mit Rückenschmerz 41
Tabelle 9: Beschreibung der Versorgungsereignisse im Beobachtungszeitraum 42
Tabelle 10: Charakteristika der Teilnehmenden an der Versichertenbefragung 44

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1 Projektziele

1.1 Hintergrund und allgemeine Motivation

Im deutschen Gesundheitssystem dürfen Patient:innen frei entscheiden, welche Ärzt:innen sie aufsuchen. Der Zugang zu Haus- und Fachärzt:innen ist nicht reguliert und das Einholen mehrerer Meinungen zu einem Behandlungsanlass grundsätzlich möglich. Der freie Zugang zu Leistungserbringern geht mit einer hohen Anzahl an jährlichen ambulanten Behandlungsfällen einher: So wurden im Jahr 2023 gesetzliche Versicherte mit rund 580 Mio. Fällen bei Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen behandelt (KBV - Zahlen 2025). Für das Jahr 2022 wurde ermittelt, dass Patient:innen in Deutschland im Schnitt 9,8 Arztkontakte hatten (OECD 2025), häufig bei verschiedenen Ärzt:innen (Riens et al. 2012). Insgesamt sind in Deutschland derzeit ca. 172.000 Vertragsärzt:innen (darunter knapp 52.000 Hausärzt:innen) tätig (KBV - Zahlen 2025). Darüber hinaus werden in knapp 1.900 Krankenhäusern jährlich rund 17 Mio. Fälle behandelt (Statistisches Bundesamt 2025).

Die teilweise hohe Versorgungsdichte und Möglichkeit der freien Arztwahl führen zu vielen Ärzt:innen-Patient:innenkontakten und somit zu intensivem Abstimmungs- und Koordinationsbedarf zwischen den Leistungserbringern. Vor diesem Hintergrund werden Steuerungsdefizite in der Versorgung diskutiert, die eine hohe Auslastung von Leistungserbringern inklusive Notaufnahmen mit sich bringen und zur ineffizienten Inanspruchnahme von Leistungen führen können.

Die fehlende Information über den Versorgungsverlauf von Patient:innen kann zu Polymedikation, Doppeluntersuchungen und einer nicht ausreichenden Versorgung von Patient:innen führen. Insbesondere auch nach einem Krankenhausaufenthalt können Versorgungsbrüche und eine fehlende ambulante Weiterbehandlung u.a. in Hinblick auf zeitnahe Medikation und Kontrollbesuche das Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme erhöhen (Deimel und Müller 2012). Zusätzlich deuten diverse Studien darauf hin, dass eine kontinuierliche ambulante Versorgung das allgemeine Hospitalisierungsrisiko insbesondere bei ambulant-sensitiven Indikationen reduzieren kann (Nyweide et al. 2013; Schuettig und Sundmacher 2022).

Die genannten Steuerungsprobleme können somit zu potenzieller Fehl- und Überversorgung führen, ebenso auch die Folgen von Unterversorgung verschärfen, wenn knappe Ressourcen nicht effizient eingesetzt werden.

1.2 Ziel des Projekts

Ziel des Projekts Pfad war es, empirische Patientenpfade von vier Erkrankungen sowie von einer repräsentativen Stichprobe von Versicherten der Techniker Krankenkasse auf Grundlage von Abrechnungsdaten der Krankenkasse zu analysieren. Die Hypothese des Projekts war, dass empirischen Patientenpfade die Steuerungsdefizite und die damit einhergehenden Schwierigkeiten bei der Koordination zwischen den Leistungserbringenden und der Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung der Patient:innen widerspiegeln.

In einem Expert:innenpanel aus Ärzt:innen, weiteren relevanten Leistungserbringenden und Patient:innenvertreter:innen wurde in einem strukturierten Prozess erörtert, welche

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Versorgungsereignisse und Kennzahlen relevant sind, um mögliche Steuerungsdefizite entlang der Versorgungspfade zu erkennen.

In den Analysen fokussierten wir die Versorgung von Patient:innen mit den vier (chronischen) Erkrankungen:

- Herzinsuffizienz (ICD-10 I50),
- Myokardinfarkt (ICD-10 I21),
- Rückenbeschwerden (ICD-10 M42, M47, M53, M50-51) und
- Depressionen (ICD-10 F32-33).

Die ausgewählten Erkrankungen lassen sich gut in den Routinedaten erfassen. An der Versorgung sind regelmäßig verschiedene Fachdisziplinen und Leistungserbringende beteiligt und für die Behandlung existieren Empfehlungen in medizinischen Leitlinien. Zudem gelten drei der ausgewählten Diagnosen - Herzinsuffizienz, Rückbeschwerden und depressive Störungen - als ambulant-sensitiv (Sundmacher et al. 2015). Es wird demnach angenommen, dass ein Anteil der stationären Krankenhausaufenthalte mit diesen Diagnosen durch eine effektive ambulante Versorgung, ein adäquates Krankheitsmanagement oder Präventionsmaßnahmen verhindert werden kann. Krankenhausaufenthalte oder Rehospitalisierungen sind somit adäquate Outcomes, um die Effektivität des Behandlungspfads zu ermessen.

Eine weitere Hypothese des Projekts war, dass es patientenseitige Steuerungspräferenzen gibt, die sich durch eine Versichertenbefragung erheben lassen. Ein weiteres Ziel des Projekts war es daher, Patient:innen zu den Hintergründen bei ihren Entscheidungen der Inanspruchnahme von Vertragsärzt:innen zu befragen sowie die Erwägungen und Präferenzen der Versicherten bei ihren patientenseitigen Steuerungsentscheidungen zu verstehen. In diesem Zuge sollten Entstehungsursachen möglicher Steuerungsdefizite und akzeptable Interventionen zur Verbesserung der Koordination erörtert werden.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Die wissenschaftliche Leitung und Konsortialführung des Projekts Pfad übernahm der Fachbereich für Gesundheitsökonomie der Technischen Universität München unter der Leitung von Prof. Dr. Leonie Sundmacher. Als Konsortialpartner waren das Institut für Allgemeinmedizin (Prof. Dr. Stefan Wilm) an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und die Techniker Krankenkasse (PD Dr. Udo Schneider) an der Studie beteiligt.

Tabelle 1: Projektbeteiligte und Aufgaben im Projekt Pfad

Rolle	Einrichtung	Projektleitung	Verantwortlichkeit
Konsortial-führung	Fachbereich für Gesundheitsökonomie TUM School of Medicine and Health, Technische	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	Projektdurchführung und -koordination, Datenanalysen, Berechnung der empirischen Patientenpfade, Machine Learning

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Universität München (TUM)		Analysen, Expert:innengruppenprozess, Auswertung der Studie
Konsortial-partner	Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Heinrich-Heine Universität (HHU) Düsseldorf	Prof. Dr. Stefan Wilm	Medizinische Begleitung, Unterstützung beim Expert:innengruppenprozess
Konsortial-partner	Techniker Krankenkasse (TK)	PD Dr. Udo Schneider	Bereitstellung der Routinedaten; Durchführung der Patientenbefragung

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Im Projekt wurde die Versorgung von Patient:innen mit ausgewählten Erkrankungen analysiert. Ein besseres Verständnis von tatsächlichen Versorgungssituationen und -abläufen je Erkrankung wurde erarbeitet. Darauf basierend, sollten Muster in der Inanspruchnahme erkannt werden. Hierzu wurden zunächst relevante Versorgungsereignisse basierend auf einer Literaturrecherche und einem Expert:innenpanel definiert, die je Erkrankung eine empfohlene Gesundheitsversorgung beschreiben. Zudem wurden zu vermeidende Gesundheitsoutcomes, neben der (Re-)Hospitalisierung, krankheitsspezifisch definiert. Anschließend wurden die Versorgungssituationen der einzelnen Erkrankungen und der Einfluss auf die Gesundheitsoutcomes untersucht. Parallel wurde in der Patientenbefragung untersucht, welche patientenseitigen Faktoren die Gesundheitsversorgung beeinflussen können. Dazu wurden Präferenzen in der Inanspruchnahme und Fragen zum eigenen Vorgehen bei der Gesundheitsversorgung erörtert.

Insgesamt zielen die Ergebnisse darauf ab, Elemente in aktuellen Versorgungsmustern zu erfassen und anschließend zu untersuchen, wie sich verschiedene Versorgungsmuster auf Gesundheitsoutcomes auswirken. Die Ergebnisse der Versorgung lassen sich beispielsweise durch Steuerungsmechanismen oder auch durch informierte Versorgungsentscheidungen potenziell verbessern.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Das Projekt Pfad gliederte sich in insgesamt sechs Arbeitspakete:

Arbeitspaket 1: Projektmanagement. Das Projektmanagement sowie die Koordination übernahm die Konsortialführung. Dies umfasste das finanzielle, administrative und rechtliche Management, die Organisation von Konsortialtreffen sowie das Risiko- und Zeitmanagement.

Arbeitspaket 2: Datenmanagement und Datenschutz. Für die Analysen wurden Routinedaten der Techniker Krankenkasse benötigt. Weiterhin wurden Ergebnisse der Versichertenbefragung mit den Routinedaten verknüpft und analysiert. Die TK stellte beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) für die Übermittlung von Sozialdaten Anträge nach §75

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

SGB X. Dazu wurde ein Datenschutzkonzept erarbeitet, die Datenflüsse definiert sowie die Ausprägungen der benötigten Variablen bestimmt.

Arbeitspaket 3: Literaturrecherche und Vorbereitung der Expert:innenbefragung und Datenanalysen. In einer systematischen Literaturrecherche wurde mit Hilfe der Suchmaschinen PubMed, Science Direct und mittels einer Handsuche wissenschaftliche Arbeiten und graue Literatur identifiziert, die Indikatoren auf Grundlage von Routinedaten für die betrachtete Patientenpopulation quantifizieren und nutzen. Die auf Grundlage der Literaturrecherche erstellte Liste von Indikatoren wurde anschließend gemeinsam mit einem Expert:innenpanel betrachtet und es wurde erörtert, welche weiteren Indikatoren zur Charakterisierung der Patientenpfade herangezogen werden sollten.

Arbeitspaket 4: Befragung des Expert:innenpanels. Gemeinsam mit einem Expert:innenpanel wurden in drei Delphi-Runden die Ergebnisse zu den Indikatoren diskutiert und bewertet. Es wurde zudem erörtert, welche Zusammenhänge, Darstellungen bzw. Kombination von Indikatoren zweckdienlich sind, um mögliche Steuerungsdefizite bei den betrachteten Indikationen und Subgruppen abzubilden und um das Ausmaß an Koordinationsbedarf zu dokumentieren.

Arbeitspaket 5: Analyse von empirischen Patientenpfaden. Nach Genehmigung durch das BAS erfolgte die Selektion der Versicherten und die Übermittlung der TK-Abrechnungsdaten, die Qualitätssicherung und die Datenaufbereitung. Weitere Arbeitsschritte dieses Arbeitspakets umfassten die Wahl geeigneter Algorithmen, die Kategorisierung der Ereignisse wie beispielsweise Arztbesuche und Medikation, die Definition eines angemessenen Maßes mit dem die Ähnlichkeit von Versorgungsabläufen gemessen wird, die Vorbereitung der Daten, die Anwendung der Algorithmen auf die Daten und die Beschreibung identifizierter Muster, Cluster und Pfade mit Methoden der deskriptiven Statistik.

Arbeitspaket 6: Befragung von Versicherten. Eine schriftliche Befragung von Versicherten der Techniker Krankenkasse wurde durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es, Hintergründe bei Entscheidungen in der Inanspruchnahme von Vertragsärzt:innen sowie Erwägungen und auch Präferenzen bei Steuerungsentscheidungen von Patient:innen zu verstehen. Nach Einwilligung der Teilnehmenden wurden die Befragungsdaten erhoben und mit Abrechnungsdaten der TK verknüpft.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Studienfokus war die Analyse von Versichertendaten. Im Verlauf des Projekts konnten bei der Umsetzung der Projektplanung und Arbeitspakete wertvolle Erfahrungen gesammelt werden.

Studienadministration

Im Zuge der Antragstellung nach §75 SGB X beim BAS ergaben sich geänderte Anforderungen, die sich insbesondere auf den zusätzlich erhöhten Detailgrad zur Begründung der Datenübermittlung ohne das Einholen individueller Einverständnisse zur Datenverarbeitung zurückführen lassen. Es waren somit zusätzliche Vorbereitungen erforderlich. Rechtliche Vereinbarungen zur Datenverantwortung waren erstmalig und vor der Datenlieferung zwischen TK und TUM zu schließen. Absprachen innerhalb des Konsortiums und mit den jeweiligen Rechtsabteilungen führten zu einem Mehraufwand.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Parallel zu den inhaltlichen Vorbereitungen des Panelprozesses wurde das Expert:innenpanel rekrutiert. In dem Entscheidungsprozess hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, nach den ersten beiden Abstimmungsrunden Unklarheiten zu den Indikatoren schriftlich anzumerken, Vorschläge zur Änderung/Verbesserung der Indikatoren anzubringen und neue Indikatorinhalte vorzuschlagen. Diese Möglichkeiten wurden von den Teilnehmenden bei den über 100 initial angegebenen Indikatoren ausführlich genutzt, sodass von unserer Seite aus Anpassungen zwischen den Abstimmungsrunden notwendig waren. Die rege Beteiligung der Teilnehmenden sahen wir als qualitätsfördernd für die Indikatorensets und damit für die Erstellung von Patientenpfade und das gesamte Projekt an. Der zusätzliche Aufwand führte dazu, dass die ursprüngliche Zeitplanung bei der Durchführung des Expert:innenpanels nicht eingehalten wurde. Insgesamt konnte das Projekt somit nicht in den ursprünglich geplanten 36, sondern in 48 Monaten abgeschlossen werden.

Übergreifende Herausforderungen bei den Pfadanalysen in Routinedaten

Populationsdefinition und heterogene Expert:innenmeinungen: Eine Herausforderung in der Analyse von Patientenpfaden besteht darin, eine möglichst homogene und vergleichbare Gruppe an Patient:innen zu definieren, die den Vergleich der Patientenpfade - möglichst unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung - erlaubt. Die Selektion der Patient:innen gemäß krankheitsspezifischen, patientenassoziierten oder anderen Charakteristika führt jedoch zu einer Reduktion des Datensatzes und zur Analyse einer Subgruppe an Patient:innen. Der Versuch, hier dennoch Pfade zu beschreiben, die für möglichst viele Patient:innen abbildbar sind, war somit eine Herausforderung. Gewisse Einschränkungen wurden daher bei allen Erkrankungen vorgenommen, dennoch sollten die Pfade nicht nur Ergebnisse einer bestimmten Subgruppe darstellen. Gleichzeitig wurde beim Austausch mit Expert:innen zur Population klar, dass Leistungserbringende unterschiedliche Schwerpunkte in der Versorgung setzen. Dies erschwerte eine finale Definition der Populationen, die dann je Erkrankung analysiert wurden. Die heterogenen Expert:innenmeinungen führten auch dazu, dass eine Vielzahl an Indikatoren, die im Expert:innenpanel konsentiert wurden, Ereignisse beschreibt, die lediglich für bestimmte Subgruppen relevant sind. Die Ergebnisse des Expert:innenpanels konnten somit nicht gänzlich in den Pfadanalysen berücksichtigt werden und es mussten zum Teil andere Indikatoren und Ereignisse gewählt werden.

Limitationen der Routinedaten: Eine weitere Herausforderung über alle Indikationen hinweg und in den bekannten Limitationen von Routinedaten begründet, stellte die Definition von homogenen Patientengruppen auf Basis der Diagnosen in den Routinedaten dar. Diese lassen nicht immer eine präzise Erfassung von Schweregraden zu. Häufig erfolgt die Kodierung von Diagnosen nicht einheitlich und ist abhängig vom Kodierverhalten der Leistungserbringer. In den Routinedaten fehlen beispielsweise klinische Informationen, um Schweregrade einheitlich zu definieren. (Enno Swart, Peter Ihle, Hoger Gothe, David Matusiewicz 2015)

Eine weitere Unschärfe in der Analyse des Versorgungsgeschehens entsteht im Umgang und in der Interpretation von nicht plausiblen Kodierungen von Diagnosen beispielsweise beim Myokardinfarkt (Kodierung eines ambulanten Myokardinfarkts mit der ICD-10 I21 ohne Krankenhausaufenthalt). Weiterhin ist die Anzahl der tatsächlichen Arztbesuche je Quartal aufgrund von Pauschalen insbesondere der Versichertenpauschale bei Hausärzt:innen nicht genau ermittelbar.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Darüber hinaus lassen sich in den Routinedaten Rückschlüsse darüber ziehen, welche Medikamente verordnet und von Patient:innen in der Apotheke abgeholt wurden. Inwieweit Patient:innen diese Medikamente auch einnehmen, lässt sich anhand der Daten durch das Einlösen von Folgerezepten lediglich vermuten.

Die Analysen zu den Behandlungspfaden der verschiedenen Erkrankungen bieten Anhaltspunkte über die Ergebnisse der Behandlungen. Die Interpretation der Ursachen für diese Ergebnisse unterliegt jedoch gewissen Unsicherheiten. In Behandlungen beispielsweise, in denen sich Patient:innen aufgrund von Nebenwirkungen gegen die Verordnung eines Medikaments entscheiden, ist es in den Daten nicht ermittelbar, ob eine Empfehlung entsprechend der Leitlinie erfolgte oder nicht. Dies kann auf einer gemeinsamen Entscheidung von Patient:innen und Ärzt:innen fundiert sein. Insbesondere auch in der Leitlinie zur unipolaren (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2022) wird empfohlen, Entscheidungen zur Behandlung gemeinsam mit Patient:innen zu treffen. Nichtsdestotrotz sind (Psycho)-Therapieplätze und Termine bei Fachärzt:innen, unabhängig von der Patientenpräferenz, teilweise mit Wartezeiten verbunden. Dies erschwert die Interpretation von Unterschieden in der Versorgung, beispielweise bezüglich einer zeitnahen oder einer kontinuierlichen Versorgung. Gleichzeitig können Routinedaten hinsichtlich der Abrechnungsrelevanz als valide und konsistent erhobener Datensatz gesehen werden, deren Information insbesondere zur Abbildung der Versorgungsergebnisse geeignet sind.

2.5 Rechtsgrundlage

Das Projekt wurde vom Innovationsfond (§92a SGB V) gefördert. Vor Beginn der Analysen wurde ein Antrag auf Beurteilung des Forschungsvorhabens an die Ethikkommission der Technischen Universität München gestellt. Die Studieninhalte wurden mit positiven Ethikvoten bewertet.

Die Verwendung von Routinedaten im Rahmen des Projekts erfolgte auf der Grundlage von § 75 SGB X. Den Versicherten, die zur freiwilligen Versichertenbefragung eingeladen wurden, wurde ein Informationsschreiben zum Projekt übermittelt. Für eine Teilnahme an der Befragung wurde ihre Zustimmung zur Verknüpfung der Daten für die Analysen eingeholt.

Die Erfassung, Verknüpfung und Auswertung von Primär- und Routinedaten des Projekts erfolgte unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

3 Methodik

Die Methodik der Projektteile der Literaturrecherche, des Delphi-Prozesses zur Konsentierung von Indikatoren, der Analyse von Versorgungsabläufen je Erkrankung und der Versichertenbefragung wird im Folgenden erläutert:

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.1 Literaturrecherche

3.1.1 Ziel der Literaturrecherche

Um die Versorgung verschiedener Patientengruppen abzubilden, wurden Versorgungsereignisse zur empfohlenen Behandlung in internationaler Literatur, darunter publizierte Studien und Richtlinien, identifiziert. Versorgungsereignisse konnten sich sowohl auf den ambulanten Sektor als auch den stationären Sektor beziehen. Insbesondere war es das Ziel, solche Ereignisse zu identifizieren, die sich zur Analyse von Versorgungsstrukturen eignen und es ermöglichen, die Abrechnungsdaten auf relevante und abbildbare Ereignisse zu reduzieren. Versorgungsabläufe von Patient:innen sollten im Rahmen der Datenanalyse anhand der selektierten Versorgungsereignisse dargestellt und analysiert werden können.

3.1.2 Definition des Suchstrings und der Anforderungen an die Literatur

Wir definierten Literatur als geeignet, wenn 1. Versorgungsereignisse oder Aspekte diskutiert oder analysiert wurden, 2. diese übergeordnet für Patient:innen einer der eingeschlossenen Erkrankungen gültig ist oder sogar für Patient:innen unabhängig der Diagnose und 3. sich die Ereignisse auf die Gesundheitsversorgung beziehen. Dabei schlossen wir Studien und Literatur ein, die weltweit erarbeitet und auf Englisch oder Deutsch veröffentlicht wurde. Dazu wurde in den Datenbanken PubMed via Medline, Science Direct und in einer Handsuche, insbesondere nach internationalen Versorgungsleitlinien (z.B. deutsch, amerikanisch, britisch und kanadisch) gesucht. Bei der Handsuche wurden online verfügbare, nationale Versorgungsleitlinien explizit für die eingeschlossenen Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Depression und Rückenschmerz) in die Literaturauswahl mit aufgenommen. Der Suchstring bestand aus englischen und deutschen Synonymen zu den Begriffen „Qualitätsindikator“, „Leitlinie“ und „Gesundheit“/„ambulant“/„stationär“. Publikationen zwischen dem 01.01.2009 und dem Suchdatum am 14.09.2021 wurden berücksichtigt. Der genaue Suchstring je Datenbank ist in Anlage 1 aufgeführt.

3.1.3 Methodische Durchführung der systematischen Literaturrecherche

Die durch den Suchstring identifizierte Literatur wurde von zwei unabhängigen Reviewern hinsichtlich ihrer Eignung beurteilt. In der ersten Phase wurden Titel und Abstrakt und in der zweiten Phase wurde der Volltext der verbliebenen Literatur gesichtet, um die Eignung hinsichtlich der o.g. drei Kriterien (1. Versorgungsereignis, 2. eingeschlossene Erkrankung / diagnoseunabhängig, 3. Ereignisse zur Gesundheitsversorgung) zu bewerten. Über unterschiedlich beurteilte Literatur wurde jeweils von beiden Reviewern gemeinsam entschieden.

Zur Extraktion der Versorgungsereignisse aus der eingeschlossenen Literatur wurden die folgenden Schritte durchgeführt: Die Versorgungsereignisse (Indikatoren) wurden im ersten Schritt aus der final eingeschlossenen Literatur extrahiert und nach den jeweiligen Erkrankungen aufgeteilt. Im zweiten Schritt wurden diejenigen Indikatoren selektiert, die in Abrechnungsdaten abbildbar sind, das bedeutet Indikatoren, zu denen es keine entsprechende Diagnose im ICD-Katalog, keine Codes im Katalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs im Bereich der ambulanten Versorgung oder keinen Operationen- und Prozedurenschlüssel im Bereich der stationären Versorgung gibt. Da also nicht jede Leistung

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

abrechenbar ist, sind auch nicht alle erbrachten Leistungen in den Routinedaten abbildbar. Darunter fallen beispielsweise Beratungsgespräche zu Therapieentscheidungen, ausgesprochene Empfehlungen von Ärzt:innen zu Änderungen des individuellen Lebensstils bezüglich der Ernährung und Bewegung. Selbst starke Empfehlungen der nationalen Versorgungsleitlinie chronische Herzinsuffizienz sind teilweise nicht abbildbar, wie zum Beispiel die empfohlene Abstimmung zwischen Hausärzt:in und Kardiolog:in bei weiterführenden Maßnahmen (Empfehlung 3-7) oder der Einbezug und die Aufklärung von Betroffenen hinsichtlich möglicher therapeutischer Konsequenzen (Empfehlung 3-8). (Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2019)

Erfolgt eine empfohlene Behandlung nicht, kann anhand der Routinedaten nicht geschlussfolgert werden, ob keine Beratung bezüglich der Behandlung stattfand, ob es eine patientenseitige Entscheidung war, die Therapie abzulehnen oder ob die Behandlung aufgrund einer Kontraindikation nicht erfolgte. Ein Beispiel hierfür ist die Beratung zu Behandlungsstrategien bei einer mittelgradigen Depression, bei der die Optionen laut nationaler Versorgungsleitlinie eine Pharmakotherapie oder eine psychotherapeutische Behandlung ist und die Patientenpräferenz zu berücksichtigen ist. Diese ist in diesem Fall von besonderer Bedeutung und kann auch bedeuten, dass keine der beiden Therapieoptionen in Anspruch genommen werden wollte. Erschwert wird die Abbildung der anvisierten Behandlungsstrategie von Versorger und Patient durch mögliche Engpässe in der Verfügbarkeit von Versorgungsleitungen, wie beispielsweise Therapieplätzen im Falle von Depressionen. Die folgenden Analysen berücksichtigen demnach solche Versorgungsereignisse und Behandlungen, die in den Abrechnungsdaten identifiziert werden können, da sie von den abrechenbar sind und solche die von den Patient:innen tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Im dritten und letzten Schritt wurden die Dopplungen in den verbliebenden Indikatoren entfernt und Indikatoren, die nur für sehr spezifische Subgruppen gelten entfernt. Die Liste wurde im Anschluss als Grundlage für die Delphi-Befragung genutzt, bei der über die Relevanz der einzelnen Indikatoren für die Versorgung abgestimmt wurde.

3.2 Delphi-Prozess zur Konsentierung von Indikatoren

3.2.1 Ziel der Delphi-Befragung

Ziel der Delphi-Befragung war es, Indikatoren durch eine Gruppe von Expert:innen zu konsentieren, die für die Versorgung der betrachteten Erkrankungen relevant und in Routinedaten abbildbar sind. Es wurde sich dabei an der RAND UCLA Methode orientiert (Fitch 2001). Diese kombiniert wissenschaftliche Evidenz mit Expert:innenmeinungen, um eine konsensbasierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Die Methode sieht nachgelagert einer Literaturrecherche die Zusammenstellung eines Expert:innenpanels vor, das zunächst individuell Bewertungen zu Entscheidungen vornimmt, die dann nach einer strukturierten moderierten Diskussion erneut bewertet werden. Zusätzlich können weitere Runden an Befragungen stattfinden, um die Ergebnisse zusammenzuführen und zu entscheiden, ob über Entscheidungen Konsens oder Dissens vorliegt. In Pfad wurde dieses Vorgehen mit drei Entscheidungsrunden durchgeführt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2.2 Rekrutierung des Expert:innenpanels

Für das Expert:innenpanel wurden Personen rekrutiert, die mit der Behandlung der ausgewählten Erkrankungen vertraut waren. Somit wurden die für die Erkrankungen einschlägigen Fachdisziplinen eingeschlossen. Weiterhin wurden die Fachbereiche der Pharmakologie und Physiotherapie für die Behandlung als unerlässlich erachtet und im Panel einbezogen. Zusätzlich sollten auch die Patientenperspektive Berücksichtigung finden und Patientenvertreter Teil des Expert:innenpanels sein.

Es wurden sowohl ambulant als auch stationär tätige Ärzt:innen für das Panel einbezogen. Weiterhin wurde auf eine Tätigkeit in städtischen wie ländlichen Regionen geachtet, um ein breites Meinungsbild zu erhalten.

Die durch das ifam und TUM als relevant identifizierten Expertisebereiche wurden konsentiert und Personen, die diesbezüglich Expertise aufwiesen, von Juli bis Oktober 2022 angeschrieben. Für eine Teilnahme am Expert:innenpanel angefragt wurden jeweils Personen, die bereits an Leitlinien mitgearbeitet hatten, die durch ihre Tätigkeit bekannt waren oder in Internetrecherche ausfindig gemacht wurden. Den Personen wurden Informationen zur Studie, dem Ablauf, dem persönlichen Nutzen sowie der Aufwandsentschädigung bei Abschluss aller Befragungsrunden zugesendet.

3.2.3 Ablauf des Expert:innenpanels

Zunächst wurde dem Expert:innenpanel von TUM und ifam eine Online-Einführungsveranstaltung angeboten, in der das Ziel der Studie aufgezeigt wurde, wie die Befragung ablaufen würde und welche Fragen den Expert:innen gestellt werden würden. Expert:innen wurden gebeten, in den Befragungsrunden nur jeweils die Fragen zu beantworten, für die sie über Expertise verfügen.

Abstimmungsrunde 1: Die Befragung erfolgte online und ein Ausdruck des 124-seitigen Fragebogens ist in den Anlagen beigefügt (Anlage 2). Im Fragebogen wurden die in der Literatur identifizierten Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz für die Versorgung sowie für die Kontinuität und Koordination abgefragt. Weiterhin wurde erfragt, ob der jeweilige Indikator klar verständlich formuliert sei und die Bedeutung eindeutig wäre. Falls dies nicht der Fall war, konnten Änderungen vorgeschlagen werden. Zusätzlich konnten Expert:innen Indikatoren in Freitextfeldern vorschlagen.

Bewertet wurde anhand einer 5- bzw. 9-stufigen Skala. Zusätzlich bestand die Möglichkeit Fragen zu überspringen. Eingeschlossen wurden Indikatoren, bei denen mehr als 75% der abstimmenden Teilnehmenden den Indikator als relevant einstufte; ausgeschlossen wurden Indikatoren, den mehr als 75% der abstimmenden Teilnehmenden als irrelevant einstuften. Über Indikatoren mit weniger als 75% Zustimmung oder 75% Ablehnung wurde erneut in einer weiteren Runde abgestimmt.

Nachdem alle Expert:innen an der ersten Befragungsrunde teilgenommen hatten, wurden die Ergebnisse in Feedbacksheets zusammengestellt (s. allgemeines Dokument in Anlage 2). Hierin konnte jede einzelne Teilnehmende seine Antwort im Vergleich zur Gesamtgruppe einsehen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In einer anschließenden Online-Paneldiskussion wurden die Ergebnisse der ersten Befragungsrunde gemeinsam diskutiert. Es wurden zu diesem Zweck den Teilnehmenden die Grenzen der Abbildbarkeit von Zusammenhängen in Routinedaten nähergebracht. Weiterhin wurden für alle Erkrankungen Freitextantworten gemeinsam diskutiert und Fragestellungen mit heterogenen Antworten gemeinsam zur Diskussion gestellt, um Gründe für einen Ein- oder Ausschluss zu erörtern. Weiterhin stellten wir Darstellungsformen von Pfadanalysen mit ihren Vor- und Nachteilen vor, über deren Eignung in der zweiten Runde abgestimmt wurde. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise abgefragt, ob sich ein zeitlicher Bezug oder die Reihenfolge von Versorgungsereignissen in einer Darstellung anbieten würde. Weitere Dimensionen der Darstellungen über die abstimmt wurde, sind in Abbildung 1 aufgezeigt. Die dargestellten Entscheidungskriterien wurden basierend auf einschlägiger Literatur herausgearbeitet (Flothow et al. 2023), um die verschiedenen methodischen Ansätze zu systematisieren.

Der 188-seitige Fragebogen der zweiten Befragungsrunde ist in den Anlagen beigefügt (siehe Anlage 2). Die Teilnehmenden wurden gebeten, basierend auf der Diskussion und den Feedbacksheets ihre Antworten nochmals zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Eignung von Darstellungsformen für Versorgungspfade

Zeitlicher Bezug vs. Reihenfolge	a. Zeitbezug der Ereignisse beachten (z.B. relativ in fortschreitenden Quartalen) b. Abfolge von Ereignissen (ohne expliziten Zeitbezug) c. Auflistung der Ereignisse innerhalb eines Zeitraums (ohne Reihenfolge / ohne Zeitbezug)
Trend vs. Individualität	a. Behandlungsmuster von Patientenkohorten b. Individuelle Patientenpfade
Ausschlaggebendes Ereignis: **Beginn vs. Outcome**	Kriterium für Vergleich von Behandlungspfaden a. übereinstimmender Anfangspunkt b. übereinstimmender Endpunkt
Präzision vs. Übersicht (Ereignisse)	a. Vollständigkeit der Behandlungen (hohe Realitätstreue) b. Reduktion der berücksichtigten Ereignissen
Präzision vs. Übersicht (Resultate)	a. Exakte Angabe der Häufigkeit einer Behandlungsabfolge (Kennzahlen) b. Visualisierung der Häufigkeit einer Behandlungsabfolge (z.B. Dicke eines Pfad)

Abbildung 1: Entscheidungskriterien für Darstellungsformen für Versorgungspfade

Erklärung zur Abbildung 1: **Übereinstimmender Anfangs-/ Endpunkt** bedeutet, dass die Population einen gemeinsamen Anfangs- oder Endpunkt als Versorgungsereignis haben, bei dem die Versorgungspfade starten oder enden wie z.B. ein Myokardinfarkt oder eine initiale Depressionsdiagnose. **Behandlungsabfolge:** zeitliche Abfolge von definierten Versorgungsereignissen. **Dicke eines Pfades**: Visualisierung der Häufigkeit einer Abfolge gemäß der Dicke eines Pfeiles zwischen zwei Versorgungsereignissen. Dieses visualisiert nur einen Ausschnitt einer Versorgungsabfolge.

Über Indikatoren, für die auch nach der zweiten Runde keine klare Entscheidung gemäß den Entscheidungsregeln vorlag, wurde erneut und final in einer dritten Runde abgestimmt (Fragebogen Anlage 2).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.3 Analyse der Gesundheitsversorgung

Basierend auf Abrechnungsdaten der Techniker Krankenkasse der Jahre 2017 bis 2020 wurde die Gesundheitsversorgung verschiedener Patientengruppen der vier eingeschlossenen Erkrankungen (Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Depression und Rückenschmerz) analysiert. Die Routinedaten beinhalten Informationen zur ambulanten und stationären Versorgung und zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus. Des Weiteren sind Rehabilitationsdaten, Heil- und Hilfsmittel und Stammdaten der Versicherten enthalten. Routinedaten werden zu Abrechnungszwecken erhoben und sind daher auf abrechnungsrelevante Informationen, wie Diagnosestellungen, durchgeführte Untersuchungen oder verordnete Medikamente beschränkt. Im Rahmen dieser Bedingungen sind sie jedoch flächendeckend, kontinuierlich erhoben und die derzeit zuverlässigsten Informationen zur Gesundheitsversorgung (Enno Swart, Peter Ihle, Hoger Gothe, David Matusiewicz 2015). Bei der Wahl der Methodik zur Analyse der Versorgungspfade orientierten wir uns an einem Scoping Review, der die bereits angewandten Methodiken auf Versorgungsdaten verglich (Flothow et al. 2023). Damit visualisierte Versorgungsabfolgen verständlich und interpretierbar bleiben, kann nur eine limitierte Anzahl an verschiedenen Versorgungsereignissen berücksichtigt werden. Daher wurde bei der Pfadanalyse nicht das vollständige Set der Indikatoren des Delphi-Panels verwendet, sondern je Indikation relevante und allgemein gültige Versorgungsereignisse den jeweils gültigen nationalen Versorgungsleitlinien entnommen.

3.3.1 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse zur Erkrankung Myokardinfarkt

Die Gesundheitsversorgung von Patient:innen nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Myokardinfarkts mit ST-Hebung (STEMI) wurde analysiert. In gültigen Leitlinien wird betroffenen Patient:innen die kontinuierliche Einnahme von Betablockern, Statinen und Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) über den gesamten Beobachtungszeitraum sowie regelmäßige (quartalsweise) Check-Ups bei behandelnden Ärzt:innen empfohlen (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) et al. 2022; Deutsche Gesellschaft für Kardiologie 2017; Ibanez et al. 2018; Jneid et al. 2017; Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2022). Für Patient:innen nach einem Myokardinfarkt mit ST-Hebung bestand somit eine einheitliche Behandlungsempfehlung ohne (wesentliche) Ausnahmeregelungen. In dieser Analyse wurden Versicherte, die im Pflegeheim wohnten oder einen Pflegegrad hatten, mit dem Ziel einer hohen Homogenität der Patientenpopulation ausgeschlossen. Patient:innen mussten zusätzlich die Kriterien erfüllen, durchgängig bei der TK versichert und bei Aufgriff volljährig gewesen zu sein. Patient:innen, die im Quartal der Krankenhausentlassung verstarben, wurden ausgeschlossen. Durch die Wahl eines Beobachtungszeitraums von fünf Quartalen ab dem Aufgriffsquartal, in dem der initiale Krankenhausaufenthalt stattfand, war der Fokus der Analyse der Sektorenübergang nach der stationären Behandlung im Krankenhaus, sowie eine anschließende ambulante Nachsorge. Wir prüften die Hypothese, ob ein kontinuierlicher und von Koordination geprägter Patientenpfad das Auftreten eines unerwünschten Outcomes (major adverse cardiac event; MACE) bei Patient:innen mit einem Myokardinfarkt verringern würde. Als kontinuierlich wird ein Patientenpfad mit regelmäßiger medizinischer Begleitung beziehungsweise empfohlener Medikation verstanden. Koordination bezieht sich auf eine Anschlussbehandlung an einen stationären Aufenthalt sowie eine (fach-)ärztliche Versorgung. Wir definierten einen MACE als einen Reinfarkt, einen Herzstillstand oder eine zerebrovaskuläre Erkrankungen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Je eingeschlossene Patient:in und je Beobachtungsquartal wurden die in Anspruch genommenen Versorgungsereignisse in den Routinedaten identifiziert. Es wurde die Inanspruchnahme von Hausärzt:innen und Kardiolog:innen, sowie die Verordnung ausgewählter Medikamente im Beobachtungszeitraum analysiert. Beides sind Aspekte, anhand derer sich Koordination und Kontinuität in der Versorgung abbilden lassen. Mittels eines Algorithmus unter Berücksichtigung potenzieller Vorräte an Medikation (Stockpiling) wurde berechnet, ob eine plausible Menge an Medikation von Betablockern (b), Statinen (s) oder TAH (p) bzw. die Kombination mehrerer dieser Medikamente je Quartal verordnet wurden. Zudem wurde aufgegriffen, in welchem der Quartale ein:e Allgemeinärzt:in, ein:e Kardiolog:in oder Internist:in, ein ambulanter Krankenhausbesuch wegen der Diagnose oder ein Besuch bei mehreren Versorgern stattfand. Um die Ähnlichkeit zwischen individuellen Versorgungspfaden zu definieren und zu berechnen, wurde eine Gowermatrix definiert und Optimal Matching angewendet (Gower 1971; Studer und Ritschard 2016). Die je Kategorie erhaltenen Distanzmatrizen wurden anschließend gleichgewichtet addiert (Vanasse et al. 2020). Zuletzt sollte eine interpretierbare und bestmögliche Aufteilung der Population in disjunkte Subgruppen identifiziert werden. Diese Subgruppen werden im Folgenden Cluster genannt und stellen die unterschiedlichen Versorgungsmuster dar. Zur disjunkten Aufteilung in Cluster wurde Partitioning Around Medoids (PAM) auf den kumulierten Distanzmatrizen angewendet (Gabadinho et al. 2011). Mittels Deskription werden die Cluster detailliert beschrieben. Zur Analyse von Gruppenunterschieden der Cluster wurde für metrische Variablen der Kruskal-Wallis-Test und für kategoriale Variablen der Chi^2-Test angewendet. Eine logistische Regression wurde durchgeführt, um die Assoziation zwischen Patientencharakteristika und Versorgungsaspekten mit einem MACE im Beobachtungsjahr zu untersuchen. Adjustiert wurde für Parameter, die mittels eines Machine Learning Algorithmus (Sequential-Forward-Selection-Algorithm und 10-fold Cross Validation basierend auf dem AIC-Kriterium) selektiert wurden. Dies ergibt Aufschluss darüber, ob Versorgungsmuster mit einem vermeidbaren Gesundheitsoutcome (MACE) in Zusammenhang stehen.

3.3.2 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse zur Erkrankung Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz gilt als eine ambulant-sensitive Erkrankung, so dass davon ausgegangen wird, dass durch eine koordinierte und kontinuierliche ambulante Versorgung ein Großteil der Krankenhausaufenthalte potenziell vermieden werden kann (Sundmacher et al. 2015). Kontinuierliche Versorgung wird auch hier wieder die regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Betreuung und Medikation verstanden; Koordination bezieht sich auf die ambulante (fach)ärztliche Weiterversorgung nach einem stationären Aufenthalt (Sektorenübergang). Wir analysierten Patient:innen mit einer initialen Herzinsuffizienzdiagnose im Krankenhaus, um potenzielle Unterschiede in den Versorgungsabläufen zu identifizieren und Zusammenhänge mit etwaigen potenziell vermeidbaren Gesundheitsoutcomes zu erkennen. Wir untersuchten die Hypothese, ob Unterschiede in ambulanten Versorgungsmustern, das Auftreten eines vermeidbaren Gesundheitsoutcomes, der kombinierte Endpunkt einer Rehospitalisierung und dem Versterben innerhalb eines Jahres nach der Krankenhausentlassung (Beobachtungszeitraum), beeinflusst. Eingeschlossen in die Studienpopulation wurden Versicherte mit einem Krankenhausaufenthalt wegen einer Linksherzinsuffizienz mit dem NYHA Stadium III oder IV (Entlassdiagnose), die vorher noch keinen Krankenhausaufenthalt wegen einer Herzinsuffizienz hatten. Versicherte mit Wohnsitz im Ausland im Beobachtungszeitraum oder

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

im Jahr davor (Vorbeobachtungszeitraum) wurden ausgeschlossen. Bezüglich der Wohnsituation (Heimbewohner) als auch bei Komorbiditäten oder Pflegegrade wurden keine Einschränkungen vorgenommen.
Die Versorgung der Patient:innen wurde anhand der Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung, der medikamentösen Therapie und Untersuchungen beschrieben. Über den Zeitraum von fünf Quartalen, ausgehend von dem Quartal der Krankenhausentlassung, wurden die in Anspruch genommenen Versorgungsereignisse aus den Abrechnungsdaten identifiziert und chronologisch erfasst. Eine regelmäßige ärztliche Betreuung ist bei der Erkrankung laut Leitlinienempfehlung angeraten, hierzu berücksichtigten wir Abrechnungskontakte bei Kardiolog:innen, Internist:innen und Allgemeinmediziner:innen, welche eine Herzinsuffizienz bei der Behandlung kodierten (Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2019; Deutsche Gesellschaft für Kardiologie 2017; Ibanez et al. 2018; Jneid et al. 2017; Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2022). Bei der medikamentösen Therapie wurde berücksichtigt, ob mindestens zwei der folgenden Medikamente in einem Quartal verordnet und eingelöst wurden: 1) Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer (ACE-Hemmer), Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) oder Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor (ARNI), 2) Betablocker, 3) Mineralokortikoid-Rezeptorantagonisten (MRA) oder 4) Natrium-Glucose-Cotransporter-2-Inhibitoren (SGLT2-Inhibitor). Eine Kontrolluntersuchung wurde als erfolgt definiert, wenn ein Herzecho, eine Untersuchung der Serumelektrolyte und der Nierenfunktion oder der NT-proBNP-Wert bestimmt wurde. Da eine Kontrolluntersuchung nicht in jedem Quartal erfolgen muss, wurde dieser Versorgungsindikator in die deskriptiven Ergebnisse aufgenommen. Die Versorgungsaspekte beziehen sich je auf die Versorgung ambulanter Leistungserbringer und die Krankenhausambulanz. Anhand der Longest Common Subsequence (LCS) wurde paarweise die Ähnlichkeiten zwischen individuellen Versorgungsabläufen (Medikation, Ärzt:innen) berechnet. Partitioning Around Medoids (PAM) ermöglichte die disjunkte Partition in Cluster. Das ASW-Kriterium wurde genutzt, um eine ideale Partition zu wählen. Die Cluster wurden deskriptiv beschrieben. Dabei gingen wir auf Patientencharakteristika und Wohn- und Versorgungsstrukturen ein. Gruppenunterschiede wurden bei kategorialen Variablen mit dem Chi^2-Test und bei metrischen Variablen mit dem Kruskal-Wallis-Test untersucht. Mittels einer logistischen Regression wurden Zusammenhänge zwischen Patientencharakteristika und Versorgungsmustern mit Gesundheitsoutcomes analysiert.

3.3.3 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse zur Erkrankung Depression

Fokus der Analyse war die Gesundheitsversorgung von Patient:innen mit inzidenter mittelgradiger Depression und deren Versorgung in den darauffolgenden sechs Quartalen. Patient:innen mit mittelgradiger Depression sollen laut Leitlinie entweder mit einer Pharmakotherapie oder einer Psychotherapie behandelt werden (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2022). Zudem sollen sie ärztlich begleitet werden. Wir prüften die Hypothese, ob eine zeitige und effektive ambulante Versorgung eine Krankenhauseinweisung verhindern kann. Eine zeitige und effektive Versorgung fand statt, wenn Patient:innen zeitnah nach der ersten Diagnosestellung eine empfohlene Therapie entsprechend der Leitlinie erhielten. Der Zeitpunkt und ob Patient:innen die empfohlenen Leistungen erhielten, wird in den visualisierten Versorgungspfaden deutlich. In die Analyse wurden Patient:innen eingeschlossen, die inzident mit einer mittelgradigen Depression im

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ambulanten Sektor (gesicherte Diagnose) oder im stationären Bereich (Entlassdiagnose) diagnostiziert wurden, ohne eine ähnliche Diagnose in den vorausgehenden zwei Quartalen (Vorbeobachtungszeitraum) zu haben. Wir schlossen den Datenzeitraum Q2/2020 bis Q4/2020 aus, da die Auswirkungen der CoVid19-Pandemie auf Inzidenz und die ambulante Versorgung von mittelschweren Depressionen unsere Studienergebnisse potenziell verzerren würden. Ausgeschlossen wurden Minderjährige und Versicherte, die in mindestens einem Quartal des Vor- und Beobachtungszeitraums Pflegegrad höher 1 hatten, Heimbewohner waren, eine dementielle Komorbidität (ICD-10 Kapitel F0) hatten, oder im initialen Quartal verstarben. Zur Identifikation der individuellen Versorgungspfade wurden Versorgungereignisse der Kategorien Arztbesuche, Pharmako- und Psychotherapie je Quartal und je Person individuell identifiziert. Bei der Definition der Versorgungspfade wurde nicht zwischen der Art der Versorgung innerhalb einer Versorgungskategorie (Arztgruppe, Medikationstyp) unterschieden. Mittels des Longest Common Subsequence (LCS) Algorithmus wurden paarweise Ähnlichkeiten zwischen den Versorgungspfaden berechnet. Die Versorgungspfade wurden dann aus den Komponenten der Kategorien zusammengesetzt. Partitioning Around Medoids wurde als Clusteringmethode auf die Distanzmatrix angewendet und die Average Silhouette Width (ASW) zusammen mit dem Kriterium der Interpretierbarkeit wurde genutzt, um die beste Clusterpartition der Population zu wählen. Die Populationen je Versorgungsmuster (Cluster) wurden deskriptiv beschrieben und mittels dem Kruskal-Wallis-Test (metrische Variablen) und dem Chi^2-Test wurden Unterschiede zwischen den Clustern analysiert. Potenzielle Assoziationen zwischen Patientencharakteristika und Clusterzugehörigkeit mit dem Auftreten des zu vermeidenden Gesundheitsoutcomes (Hospitalisierung) wurden mit einer logistischen Regression geprüft.

3.3.4 Populationsaufgriff und Methodik bei der Analyse unspezifischer Rückenschmerz

Die Versorgung von Patient:innen mit Rückenschmerzen ist gekennzeichnet durch eine hohe Prävalenz der Erkrankung, hoher Inanspruchnahme bei Ärzt:innen und in Krankenhäusern und somit hohen Kosten für das Gesundheitssystem (Bertelsmann Stiftung 2007). Für die Behandlung von unspezifischem Rückenschmerz existieren Leitplanken der empfohlenen Behandlung in medizinischen Leitlinien (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) 2017). Diese empfehlen beispielsweise den vorsichtigen Gebrauch von (mehrfacher) Bildgebung und Schmerzmitteln sowie geeignete Schmerztherapien. Nicht empfohlen sind hingegen operative Therapieverfahren zur Behandlung des nicht-spezifischen Rückenschmerzes. Über den gesamten Versorgungsprozess hinweg wird empfohlen, dass ein:e Ärzt:in eine Lotsenfunktion übernimmt, als erste Anlaufstelle für Erkrankte fungiert und anschließend alle weiteren Behandlungsschritte koordiniert.

In der Analyse zur Versorgung von Patient:innen mit Rückenschmerzen untersuchten wir somit die Hypothese, ob eine koordinierte Versorgung Unterschiede in der Versorgung mit sich bringt.

Eingeschlossen in die Analyse wurden Patient:innen mit der Diagnose unspezifischer Rückenschmerz (ICD-10 Code M54), die älter als 18 Jahre waren. Ausgeschlossen wurden Patient:innen mit einer Krebserkrankung, Patient:innen, die im Beobachtungszeitraum verstarben oder Versicherte, die weniger als ein Facharztkontakt (ausgeschlossen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gynäkologie, Notfälle und Vertretungen) im Vorbeobachtungszeitraum hatten. Es wurden zwei Populationsgruppen untersucht – eine Gruppe, die in der Vorbeobachtungszeit (2017) keine relevante Rückenschmerzdiagnose hatte (Gruppe Inzidenz) und eine Gruppe, die bereits in 2017 wegen Rückenschmerzen behandelt wurde (Gruppe Prävalenz). Der Beobachtungszeitraum entspricht 12 Monaten in 2018 / 2019.

Ob Patient:innen koordiniert versorgt wurden, wurde anhand der Facharztbesuche mit Überweisung im Vorbeobachtungszeitraum ermittelt. Ausgeschlossen wurden hierbei Besuche bei Gynäkologen, Besuche aufgrund von Notfällen und Vertretungen. Entsprechend der Empfehlung in der Leitlinie mussten Überweisungen nicht ausschließlich durch Hausärzt:innen erfolgen, sondern waren auch durch andere Arztgruppen möglich.

Da wir vermuten, dass sich die Gruppe der koordiniert und unkoordiniert versorgten Patient:innen hinsichtlich Demographie und Morbidität unterscheidet, wandten wir ein quasi-experimentelles Design mittels Propensity Score Matching (PSM) an (Rosenbaum und Rubin 1983). Um Selektionseffekte zu berücksichtigen, verwendeten wir PSM, um eine geeignete Kontrollgruppe von nicht-koordiniert versorgten Patient:innen zu erstellen, die hinsichtlich der beobachteten Kovariaten mit den koordiniert versorgten Patient:innen vergleichbar ist. Für das PSM wurden die Variablen Alter, Geschlecht, Morbidität, Teilnahme an Disease-Management-Programmen und Pflegegrad verwendet. Die Morbidität wurde anhand der dokumentierten Diagnosen im Vorbeobachtungszeitraum und des Charlson-Komorbiditätsindex quantifiziert.

Nachdem wir die Propensity Scores geschätzt hatten, glichen wir jeden Patienten mit dem am besten passenden Kontrollpatienten ab, indem wir den Nearest-Neighbour-Ansatz mit einem optimalen Caliper des 0,25-fachen der Standardabweichung des Propensity Scores verwendeten und führten ein Matching ohne Ersatz durch.

Schließlich verglichen wir die Gruppe der koordinierten mit der gematchten unkoordiniert versorgten Gruppe in logistischen Regressionen miteinander. Als primärer Outcome wurde untersucht, ob bei den Patient:innen eine Operation mit der Hauptdiagnose unspezifischer Rückenschmerz durchgeführt wurde, da diese aus der Leitlinie und Empfehlungen des Expert:innenpanels als vermeidbar angesehen wurden. Weiterhin wurde für die Gruppen verglichen, ob Opioide über einen längeren Zeitraum verordnet wurden, mehrfache Bildgebungen erfolgten und wie viele Ärzt:innen an der Behandlung beteiligt waren.

3.4 Versichertenbefragung

3.4.1 Motivation der Versichertenbefragung

Ziel der Versichertenbefragung war es die aktuelle Versorgungssituation, die Nutzung von Koordinationselementen und Präferenzen in der Versorgung, wie Akzeptanz von weiteren Steuerungselementen, zu erheben. Die Befragung hatte somit zum Ziel die Perspektive der Versicherten zu beleuchten, die nicht in den Routinedaten abbildbar ist.

3.4.2 Datengrundlage, Selektion und Anschreiben der Versicherten

Analog zum Projektfokus wurden für die Versichertenbefragung Versicherte mit den Erkrankungen Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Depressionen oder Rückenschmerzen in den

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Daten aufgegriffen. Zusätzlich wurde eine Gruppe von Versicherten identifiziert, die als Vergleichsgruppe keine der Erkrankungen hatte. Für diesen Aufgriff mussten Versicherte im Zeitraum Q3/2021 bis Q2/2022 mindestens eine gesicherte Diagnose ambulant oder eine Haupt-/Nebendiagnose im Krankenhaus kodiert bekommen haben. Eine Ausnahme stellte hier die Diagnose Myokardinfarkt dar, die lediglich als Hauptdiagnose im Krankenhaus bis einschließlich Q4/2022 kodiert werden musste. Während die Sekundärdatenanalysen das Ziel hatten, eine möglichst homogene Patientenpopulation zu berücksichtigen, war das Ziel der Versichertenbefragung eine breitere Patientenpopulation mit der Befragung zu erreichen. Im Vergleich zu den Sekundärdatenanalysen wurden für die Befragung Versicherte angeschrieben, bei denen mindestens eine der jeweiligen Diagnose im Vorbeobachtungszeitraum kodiert war. Die geforderte Häufigkeit der Diagnosestellung bei den Sekundärdatenanalysen war strenger.

Einschlusskriterium war eine durchgängige Versicherung bei der TK. Somit zunächst aufgegriffen waren 83.046 Versicherte mit Herzinsuffizienz, 2.169.590 Versicherte mit Rückenschmerz, 601.964 Versicherte mit Depression, 5.357 Versicherte mit vorangegangenem Myokardinfarkt und 3.015.629 Versicherte ohne die genannten Erkrankungen. Ausgeschlossen wurden Mitarbeiter der TK, Versicherte mit Datenschutzkennzeichen, Versicherte, die der Nutzung ihrer Daten für Forschungszwecke nicht zustimmten, Minderjährige, Kündiger:innen, Versicherte mit Pflegegrad größer drei, Hospizfälle, Palliativversorgte und Versicherte mit einem gesetzlichen Vertreter. Zusätzlich ausgeschlossen wurden Versicherte, die an Befragungen nicht teilnehmen wollen oder bereits in den letzten 180 Tagen an einer anderen Befragung teilnahmen. Somit verblieben im Kollektiv 66.549 Versicherte mit Herzinsuffizienz, 2.024.053 Versicherte mit Rückenschmerz, 540.491 Versicherte mit Depression, 4.629 Versicherte mit einem vorangegangenen Myokardinfarkt und 2.883.167 Versicherte ohne jene Erkrankungen. Die Stichprobenziehung erfolgte als Zufallsstichprobe getrennt nach einzelnem Erkrankungsbild (bzw. Vergleichsgruppe). Aus diesem Kollektiv wurde eine Stichprobe von 22.000 Versicherten gezogen und für die Befragung angeschrieben. 18.000 Versicherte wurden postalisch im März 2023 kontaktiert, 4.000 Versicherte per digitalem TK-Postfach. Es erfolgte der Versand eines Reminders zur Teilnahme im Mai 2023. Weder im Anschreiben noch in der Befragung wurde ein Bezug zu den ausgewählten Erkrankungen hergestellt. Die Versicherten erhielten allgemeine Informationen zum Projekt.

Zu Beginn der Online-Befragung wurde ein Einverständnis zur Teilnahme und Verknüpfung der Befragungsdaten mit den Routinedaten abgefragt, sodass nur Versicherte an der Befragung teilnahmen, die ihr Einverständnis zur Teilnahme und Verknüpfung der Daten mit den Routinedaten gaben. Die TK extrahierte die Routinedaten der Versicherten, die die Befragung vollständig abgeschlossen haben und übermittelte beide Datensätze. Ein übereinstimmendes Pseudonym ermöglichte die Verknüpfung der Befragungs- und Routinedaten. Der TUM wurden diese Daten pseudonymisiert zur Verfügung gestellt. Als Datengrundlage standen somit von allen teilnehmenden Versicherten die Befragungs- und Routinedaten (Q2/2020-Q1/2023) zur Analyse zur Verfügung.

3.4.3 Aufbau des Fragebogens und Auswertung

Der Online-Fragebogen umfasste insgesamt 32 Fragen teilweise mit Folgefragen und war in ca. 30 Minuten online bearbeitbar (siehe Anlage 5). Der Fragebogen war so aufgebaut, dass

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

fast alle Fragen Pflichtfragen darstellten und von verschiedenen Antwortoptionen ausgewählt werden sollte. Der Fragebogen bestand sowohl aus bereits existierenden Erhebungselementen als auch eigens entwickelten Fragen. An ausgewählten Stellen standen Freitextfelder zur Verfügung.

Zunächst wurden Patientencharakteristika abgefragt, um Präferenzen der Versicherten auf Charakteristika zurückzuführen. Es wurden demographische Informationen und solche, die nicht in den Routinedaten ermittelbar sind, abgefragt. In diesem Zusammenhang wurden die Bildung, Berufsausbildung und Berufsstatus erhoben. Weiterhin wurde die Lebenssituation inklusive der Haushaltszusammensetzung, Migrationshintergrund und Grad der sozialen Unterstützung erfragt. Zusätzlich wurde die Gesundheitskompetenz angelehnt an den Gesundheitskompetenzfragen des HLS-EU-Q16 anhand von drei Fragen abgefragt (Jordan und Hoebel 2015). Auch wurde gefragt, ob die Versicherten an den ausgewählten Erkrankungen erkrankt wären.

Zusätzlich wurde erhoben, wie sie ihre aktuelle Verssicherungssituation beurteilten und inwieweit sie bereits Elemente der Patientensteuerung nutzen. In diesem Zusammenhang wurde die Zufriedenheit der Versicherten mit der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen erfragt, die Anzahl ihrer Arztbesuche und ihre Einschätzung über das Ausmaß an Versorgung. Hinsichtlich existierender Steuerungselemente wurden Versicherte befragt, ob sie im TK-Hausarztmodell eingeschrieben wären und falls dies nicht der Fall war, was der Grund dafür war. Weiterhin wurde die Anzahl an eingenommenen Medikamenten abgefragt und ob ein Medikationsplan erstellt wurde.

Schließlich wurden die Versicherten zu ihren Präferenzen in der Versorgung befragt: Hierzu wurde die Zustimmung zu verschiedenen Aussagen in Bezug auf Koordination und Kontinuität in der Versorgung abgefragt. Weiterhin wurden in verschiedenen Fragen zwei unterschiedliche Aussagen gegenübergestellt und Versicherte sollten ihre Zustimmung zu einer dieser Aussagen kennzeichnen. So sollten sie beispielsweise entscheiden zwischen der Aussage, dass sie selbst entscheiden welche:n Ärzt:in sie bei gesundheitlichen Problemen kontaktieren oder aber, dass eine ärztliche Ansprechperson die Auswahl weiterer Versorger (z.B. Orthopädie, Psychotherapie, Physiotherapie) abnehmen sollte.

Die erhobenen Fragebogendaten wurden mittel deskriptiver Statistik ausgewertet. Zur Darstellung der Verteilungen wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet und in Form von Tabellen sowie Balkendiagrammen visualisiert.

Anhand der zur verknüpften Befragungs- und Routinedaten sollten verschiedene Angaben validiert werden. So wurde beispielsweise die Angabe über die Anzahl an Hausärzt:innen, die Teilnahme am TK-Hausarztmodell und einem TK-Plus-Programm (Disease Management Programm) sowohl in den Befragungsdaten als auch in den Routinedaten erhoben und auf Unterschiede hin untersucht. Einschränkend ist hierbei anzumerken, dass aufgrund des zeitlichen Unterschieds zwischen dem Befragungszeitpunkt und dem zeitlichen Verzug bei der Verfügbarkeit von Routinedaten Unterschiede in den Ergebnissen entstanden sein könnten. Vorteil durch die Verknüpfung mit den Routinedaten war es, dass weitere Informationen zu Patientencharakteristika, wie die Morbidität der Versicherten und die Ländlichkeit des Patientenwohnorts, für die Stratifizierung der Befragten berücksichtigt werden konnten. Jene Unterschiede konnten in den Charakteristika zur Untersuchung der Präferenzen als weitere Subgruppen herangezogen werden.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4 Projektergebnisse

4.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche ergab 2.619 Treffer. Nach dem Screening wurden 274 Artikel in der systematischen Literaturrecherche eingeschlossen. Durch die Hinzunahme von nationalen Versorgungsleitlinien erhöhte sich diese Anzahl um 50 Dokumente auf insgesamt 324 Veröffentlichungen. Die Extraktion von Versorgungsereignissen zu den vier einzelnen Erkrankungen, sowie zur übergreifenden Versorgung ergab über 900 einzelne Indikatoren. Diese wurden hinsichtlich Dopplungen, Eignung für die eingeschlossenen Erkrankungen und der Operationalisierung in Routinedaten geprüft. Danach verblieben 141 Indikatoren, über deren Relevanz im Anschluss im Expert:innenpanel abgestimmt wurde. Weitere Informationen wie das PRISMA-Chart und Cohen's Kappa als Maß zur Übereinstimmung bei der Literaturselektion finden sich in Anlage 1.

4.2 Ergebnisse des Expert:innenpanels

4.2.1 Zusammensetzung des Panels

Das Expert:innenpanel umfasste ein breites Spektrum an Erfahrungen und Expertise in der Behandlung der eingeschlossenen Erkrankungen. Insgesamt konnten 24 Personen für das Expert:innenpanel rekrutiert werden: 15 Ärzt:innen der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Innere Medizin und Kardiologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Orthopädie und Unfallchirurgie und Neurochirurgie und zusätzlich Expert:innen auf dem Gebiet der Pharmakologie, Physiotherapie und vier Patientenvertreter.

4.2.2 Beschreibung des Delphi-Ablaufs und der Befragungsrunden

Die folgende Abbildung 2 bietet Informationen zum Ablauf der Delphi-Befragung inklusive der Teilnehmerzahlen über die Befragungsrunden hinweg.

Basierend auf der Paneldiskussion zwischen erster und zweiter Runde wurden ergänzende Erklärungen zu den Indikatoreninhalten angegeben: Es wurde in der zweiten Runde angezeigt, ob ein Indikator anzustreben oder zu vermeiden sei. Ebenso wurden der Befragung übergreifende Indikatoren, die keiner Erkrankung ausschließlich zuzuordnen waren, zugefügt.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rekrutierungsphase abgeschlossen: 24 Teilnehmende rekrutiert

Auftakttreffen online (17 Teilnehmende)

Befragungsrunde 1 (20 Teilnehmende)

Erkrankung	Depression	Myokardinfarkt	Herzinsuffizienz	Rückenschmerzen
Anzahl an Indikatoren	33	27	44	37

Panelmeeting: Diskussion der Ergebnisse (17 Teilnehmende)

Befragungsrunde 2 (18 Teilnehmende)

Erkrankung	Depression	Myokardinfarkt	Herzinsuffizienz	Rückenschmerzen
Anzahl an Indikatoren	22	16	23	23

Zusätzlich 4 allgemeine Indikatoren, 28 Fragen zu geeigneten Darstellungsformen für Versorgungspfade

Befragungsrunde 3 (18 Teilnehmende)

Erkrankung	Depression	Myokardinfarkt	Herzinsuffizienz	Rückenschmerzen
Anzahl an Indikatoren	6	5	0	15

Zusätzlich 3 allgemeine Indikatoren

Abbildung 2: Ablauf der Expert:innenpanelbefragung inklusive Teilnehmendenzahlen

4.2.3 Beschreibung der Delphi-Ergebnisse

Durch das Expert:innenpanel konnten insgesamt 60 Indikatoren konsentiert werden. Abbildung 3 gibt Aufschluss über die Ergebnisse über die Erkrankungen hinweg, Anlage 3 über die gesamte Liste an Indikatoren. Die auswählten Indikatoren basieren überwiegend auf Empfehlungen aus medizinischen Leitlinien. Zusätzlich wurden Indikatoren aus einschlägigen Studien eingeschlossen. Hierbei wurde sich nicht auf Empfehlungsgrade oder Evidenzklassen beschränkt, da zunächst erhoben werden sollte, welche Ereignisse in der Versorgung stattfinden. Diese schlossen somit Ereignisse und Ergebnisse ein, die relevant und in Routinedaten abbildbar sind. Ebenso wurden Indikatoren in die Abstimmung aufgenommen, die auf Vorschlägen des Expert:innenpanels basierten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Pfad (01VSF19056)

	Allgemein	Herzinsuffizienz	Myokardinfarkt	Depression	Rückenschmerz
Einschluss*	3	15	23	14	5
Ausschluss**	1	0	0	0	0
Unentschieden***		16	4	17	22

** Einschluss: > 75 % der abstimmenden Teilnehmenden hat den Indikator als relevant eingestuft; ** Ausschluss: > 75 % der abstimmenden Teilnehmenden hat den Indikator als irrelevant eingestuft; *** weder Ein- noch Ausschluss*

Abbildung 3: Übersicht über die Ergebnisse des Pfad Expert:innenpanels

In Bezug auf die Darstellungsformen der Versorgungsereignisse bevorzugte die überwiegende Mehrheit den Zeitbezug von Ereignissen im Vergleich zur Abfolge oder der Auflistung der Ereignisse innerhalb eines Zeitraums. Die Teilnehmenden bevorzugten weiterhin die Darstellung von Trends in Form von Behandlungsmustern von Patient:innen gegenüber der Darstellung von individuellen Patientenpfaden (vgl. Abbildung 4). Darstellungen mit einem übereinstimmenden Anfangspunkt wie einem Indexevent wurden von den Teilnehmenden gegenüber der Darstellung von übereinstimmenden Endpunkten favorisiert. Letztere wurden beispielsweise als geeignet betrachtet für die Analyse der Versorgungspfade vor einer Hospitalisierung bei Herzinsuffizienz oder Myokardinfarkt.

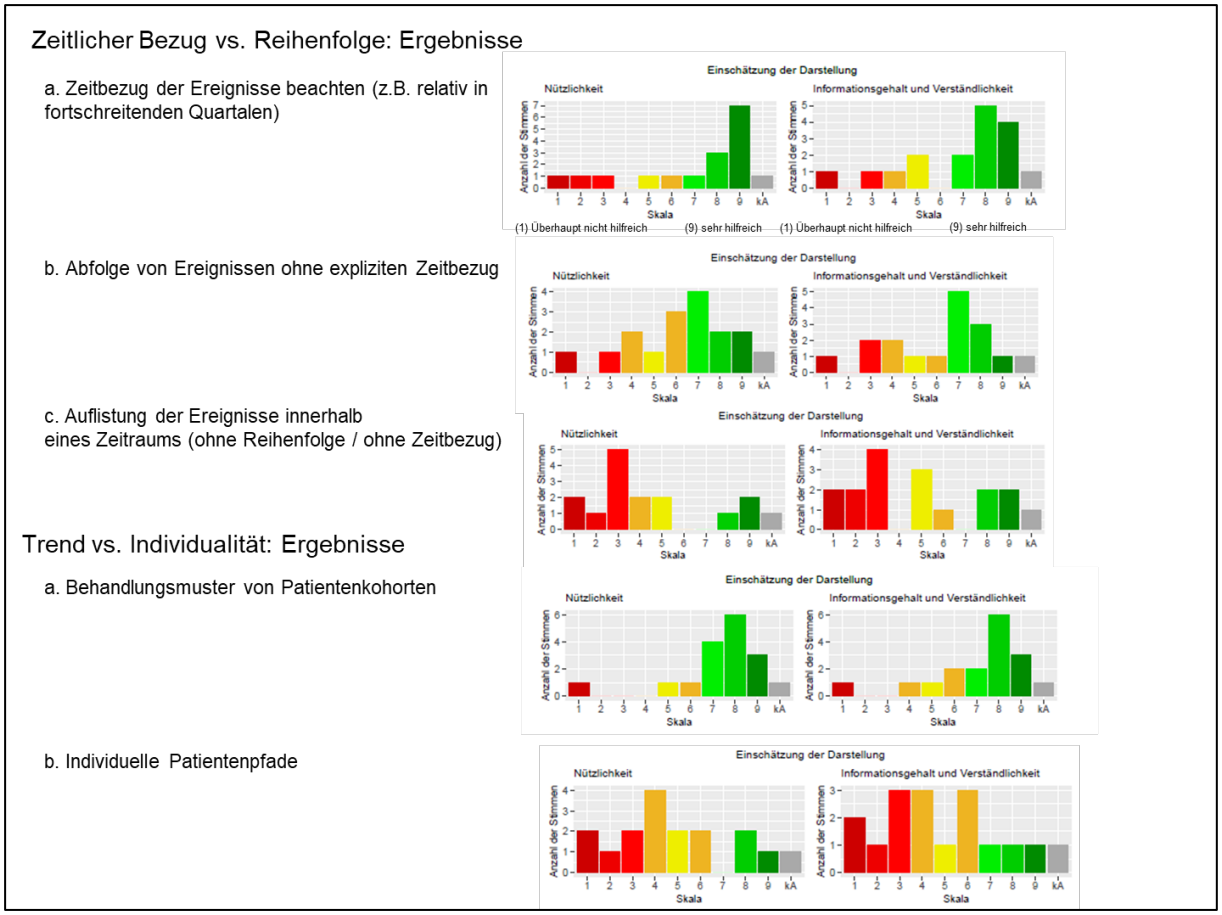


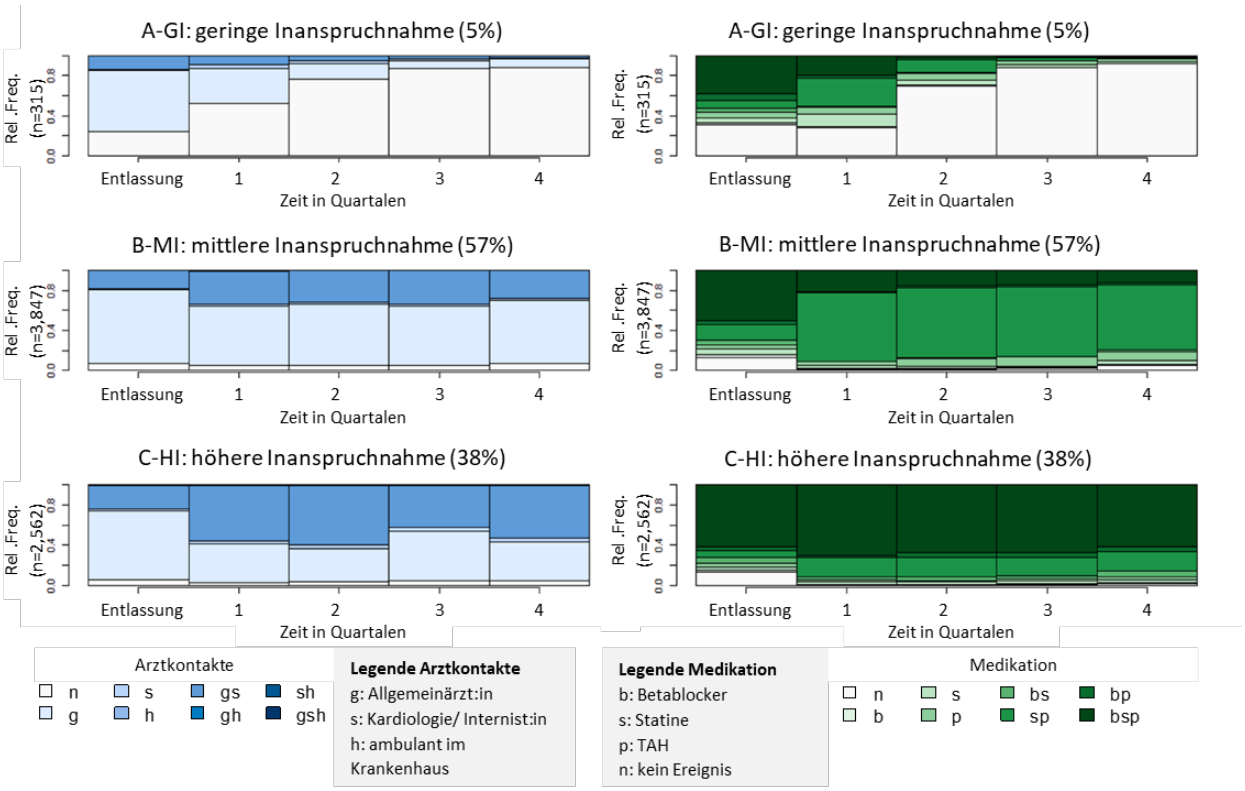
Abbildung 4: Ergebnisse des Pfad Expert:innenpanels zu den Darstellungen von Patientenpfaden

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.3 Versorgung von Patient:innen mit Myokardinfarkt

Insgesamt 6.724 Patient:innen erfüllten die Selektionskriterien und wurden in die Datenanalyse eingeschlossen. Die Pfadanalyse und das anschließende Clustering ergab, dass die Lösung mit drei Clustern die beste interpretierbare Clusterlösung, basierend auf dem Silhouettenkoeffizienten (ASW), ist. Durch die angewandte Methode sind jedem der drei Cluster bei der Betrachtung der Medikation und der Arztkontakte jeweils die gleichen Patient:innen zugeordnet. Dem Cluster A-GI (geringe Inanspruchnahme) sind Patient:innen zugeordnet, die tendenziell wenige der betrachteten Leistungen im Beobachtungszeitraum in Anspruch nahmen. Cluster B-MI (mittlere Inanspruchnahme) sind Patient:innen zugeordnet, die überwiegend mit einem / einer Allgemeinärzt:in in regelmäßigem Kontakt standen und zwei der drei empfohlenen Medikamente verordnet bekamen (Statine (s) und TAH (p)). Patient:innen des Clusters C-HI (höhere Inanspruchnahme) hatten häufig mit Allgemeinmediziner:innen (g) und Kardiolog:innen (s) in denselben Quartalen Kontakt und bekamen alle drei der empfohlenen Medikamente (Betablocker (b), Statine (s) und TAH (p)). Die Analyse zeigt, dass trotz eines Myokardinfarkts mit ST-Hebung und dessen Behandlung im Krankenhaus, sich die anschließenden Versorgungspfade unterscheiden. Die Analyse soll nicht die Art der Behandlung beurteilen, dies wäre bspw. die Unterscheidung, ob zwei oder drei der empfohlenen Medikamente regelmäßig verordnet wurden, sondern soll vielmehr strukturelle Aspekte in der Versorgung abbilden. Dies sind u.a. eine kontinuierliche Medikation, regelmäßige Arztkontakte und auch eine koordinierte Versorgung durch beteiligte Leistungserbringende, beispielsweise, wenn fortlaufend ein konstantes Netzwerk an Ärzt:innen die Versorgung koordiniert. Cluster B-MI und C-HI zeigen, dass Ärzt:innen über die vier Quartale nach der Entlassung kontinuierlich konsultiert wurden und auch, dass eine hohe Kontinuität in der Pharmakotherapie zu sehen ist. Lediglich 5% der Gesamtpopulation wurden dem Cluster A-GI zugeordnet, in dem eine kontinuierliche ärztliche und medikamentöse Versorgung nicht gewahrt wurde. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse eine überwiegend leitlinientreue und kontinuierliche Gesundheitsversorgung. Die Häufigkeitsverteilung der Gesundheitsversorgung je Cluster ist in Abbildung 5 dargestellt und die zehn häufigsten Sequenzen je Cluster sind in Anlage 4 angegeben. Diese zeigen das beschriebene Versorgungsbild.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss



Die Abbildung zeigt die Häufigkeitsverteilung der in Anspruch genommenen Leistungen je Quartal und je Cluster. Cluster A-GI sind Patient:innen mit eher geringer Inanspruchnahme, Cluster B-MI mit eher mittlerer Inanspruchnahme und C-HI mit eher höherer Inanspruchnahme zugeordnet. Links die verschiedenen Arztgruppen (blau): Allgemeinmedizin (g), Kardiologie oder Internist:in (s), ambulant im Krankenhaus (h), kein Arztkontakt (n) sowie die jeweiligen Kombinationen daraus, sofern mehrere Arztgruppen in einem Quartal besucht wurden (gs, gh, sh, gsh). Rechts die verordnete und abgeholte Medikation je Quartal (grün): Betablocker (b), Statine (s), TAH (p), keine (n) oder die Kombination, sofern mehrere im Quartal verordnet und eingelöst wurden.

Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der in Anspruch genommenen Leistungen je Quartal

Statistische Tests wurden durchgeführt, um Unterschiede zwischen den Clustern zu vergleichen und zeigt dahingehend signifikante Unterschiede, dass Patient:innen in Cluster A-GI vermehrt während der CoVid-19-Pandemie behandelt wurden (43%, 39% in Gesamtpopulation, p<0,05).

Tabelle 2: Deskription der Versorgungsmuster für Patient:innen mit Myokardinfarkt (ST-Hebungsmyokardinfarkt)

	Gesamt	Cluster A-GI	Cluster B-MI	Cluster C-HI	p-value[1]
Population	6.724 (100%)	315 (4,68%)	3.847 (57,21%)	3.847 (38,10%)	
Geschlecht, weiblich	1.418 (21%)	73 (23%)	812 (21%)	533 (21%)	0,6
Alter					0,8
< 65 Jahre	2.362 (35%)	111 (35%)	1.363 (35%)	888 (35%)	
65–74 Jahre	3.038 (45%)	134 (43%)	1.749 (45%)	1.155 (45%)	
75-80 Jahre	759 (11%)	40 (13%)	427 (11%)	292 (11%)	
> 80 Jahre	565 (8.4%)	30 (9.5%)	308 (8.0%)	227 (8.9%)	
Siedlungsstruktur					>0,9
Großstadt	2.076 (31%)	93 (30%)	1.182 (31%)	801 (31%)	
Städtischer Kreis	2.933 (44%)	141 (45%)	1.672 (44%)	1.120 (44%)	
Ländlicher Kreis	962 (14%)	46 (15%)	551 (14%)	365 (14%)	

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamt	Cluster A-GI	Cluster B-MI	Cluster C-HI	p-value[1]
Sehr ländlicher. Kreis	745 (11%)	35 (11%)	436 (11%)	274 (11%)	
Charlson-Index	1,49 (1,67)	1,39 (1,66)	1,50 (1,68)	1,49 (1,67)	0,6
Initiale Komorbiditäten					
Diabetes	1.304 (19%)	54 (17%)	753 (20%)	497 (19%)	0,6
Zerebrovaskuläre Krankheiten	223 (3,3%)	9 (2,9%)	135 (3,5%)	79 (3,1%)	0,6
Ischämische Herzkrankheit	6.373 (95%)	296 (94%)	3.644 (95%)	2.433 (95%)	0,7
Herzinsuffizienz	2.077 (31%)	90 (29%)	1.184 (31%)	803 (31%)	0,6
Depression	128 (1,9%)	6 (1,9%)	73 (1,9%)	49 (1,9%)	>0,9
Demenz	7 (0,1%)	1 (0,3%)	6 (0,2%)	0 (0%)	0,049 *
Chronisches Nierenversagen	641 (9,5%)	22 (7,0%)	374 (9,7%)	245 (9,6%)	0,3
Behandlung während COVID-Pandemie [3]	2.604 (39%)	134 (43%)	1.443 (38%)	1.027 (40%)	0,042 *
Anzahl Allgemeinärzt:innen	2,16 (1,32)	2,11 (1,19)	2,15 (1,33)	2,17 (1,32)	0,8
Anzahl Kardiolog:innen	1,09 (0,90)	1,09 (0,89)	1,09 (0,89)	1,08 (0,92)	0,7
Anzahl Versorgende	3,24 (1,68)	3,20 (1,54)	3,24 (1,71)	3,25 (1,65)	0,8
Hausarztmodell (Ja)	939 (14%)	46 (15%)	539 (14%)	354 (14%)	>0,9
Gesundheitsoutcomes					
stationäres MACE [2]	1.660 (25%)	80 (25%)	936 (24%)	644 (25%)	0,7

[1] Signifikanzniveau: 10% (.), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***); der χ2-Test wurde für kategoriale Variablen und Kruskal-Wallis-Test für metrische Variablen angewendet. [2] Innerhalb des Beobachtungszeitraums, d.h. innerhalb der vier Behandlungsquartale nach Entlassung aus dem Krankenhaus. Cluster A-GI sind Patient:innen mit eher geringer Inanspruchnahme, Cluster B-MI mit eher mittlerer Inanspruchnahme und C-HI mit eher höherer Inanspruchnahme zugeordnet. MACE: major adverse cardiac event.

Die Geschlechts-, Alters-, Komorbiditäts- und Siedlungsstruktur ist vergleichbar. Die Anzahl der verschiedenen Leistungserbringer, die im Verlauf des Beobachtungsraumes an der Behandlung beteiligt waren, wurde berechnet. Im Mittel wurden 2,2 verschiedene Allgemeinmediziner:innen (Range: [0,13]) und 1,1 verschiedene Kardiolog:innen (Range: [0,9]) kontaktiert. Insgesamt 25% der Population hat im Jahr nach dem initialen Infarkt einen MACE. Zwischen den Clusterpopulationen gibt es diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Potenzielle Assoziationen zwischen Versorgungsaspekten und Patientencharakteristika mit dem Auftreten eines MACE wurden mittels logistischer Regression analysiert. Die Kontrollvariablen Geschlecht, das gruppierte Alter, die allgemeine Komorbidität gemessen mit dem Charlson-Index, spezifische Komorbiditäten wie chronisches Nierenversagen, Depression, ischämische Herzkrankheit und Herzinsuffizienz, ob nach dem Krankenhausaufenthalt eine Rehabehandlung stattfand und die Gesamtanzahl an beteiligten Leistungserbringenden an der Behandlung der Erkrankung (Allgemeinärzt:innen und Kardiolog:innen) wurden mittels eines Machine Learning Modells selektiert (siehe Kapitel 3.3.1 und Anlage 4, Teil 1 für die potenziellen Kontrollvariablen) und um die Parameter der Clusterzugehörigkeit und der Behandlung während der CoVid-19 Pandemie ergänzt. Es zeigten sich die folgenden Ergebnisse: Signifikant für das Auftreten eines unerwünschten

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gesundheitsoutcomes (MACE) sind ein höheres Alter, eine höhere Komorbidität, spezifische Komorbiditäten wie chronisches Nierenversagen, ischämische Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen und Depression, sowie die Anzahl an verschiedenen Behandlern bezogen auf die kumulierte Anzahl von Allgemeinmediziner:innen, Internist:innen und Kardiolog:innen. Die Zugehörigkeit zu einem Cluster bzw. zu vergleichbaren Patientenpfaden hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Auftreten eines MACE.

Tabelle 3: Logistische Regression zur Prädiktion von MACE (Major Adverse Cardiac Event) bei Patient:innen mit STEMI (ST-Hebungsmyokardinfarkt)

Charakteristika	**OR**	**95% CI**	**p-value[1]**
Cluster			
Cluster A-GI	—	—	
Cluster B-MI	0,89	0,68, 1,18	0,4
Cluster C-HI	0,90	0,71, 1,24	0,6
Geschlecht, weiblich	1,08	0,94, 1,24	0,3
Alter			
< 65 Jahre	—	—	
65–74 Jahre	1,14	0,99, 1,30	0,065 .
75-80 Jahre	1,32	1,08, 1,61	0,006 **
> 80 Jahre	1,36	1,09, 1,70	0,006 **
Charlson-Index	1,11	1,07, 1,15	***
Initiale Komorbiditäten			
chronisches Nierenversagen	1,56	1,30, 1,88	***
Depression	1,53	1,03, 2,24	0,030 *
Ischämische Herzkrankheit	1,49	1,12, 2,03	0,009 **
Herzinsuffizienz	2,21	1,97, 2,49	***
Behandlung während Pandemie	0,90	0,80, 1,01	0,078 .
Rehabehandlung nach KH-Aufenthalt	1,10	0,98, 1,24	0,11
Anzahl Leistungserbringende (GP+SP)	1,06	1,03, 1,10	***

[1] Signifikanzniveau: 10% (.), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***) mit einem generalized linear model und dem Wald-Test. OR: Odds ratio. CI: Confidence interval. Cluster A-GI sind Patient:innen mit eher geringer Inanspruchnahme, Cluster B-MI mit eher mittlerer Inanspruchnahme und C-HI mit eher höherer Inanspruchnahme zugeordnet. Der Zeitraum der Pandemie wurde im vorliegenden Datensatz ab Quartal 2 in 2020 angenommen. KH-Aufenthalt: Krankenhaus-Aufenthalt. GP: General practitioner, Allgemeinarzt und SP: specialist, hier: Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie.

Wie in der Beschreibung der Cluster erkennbar, zeigen die Ergebnisse eine überwiegend leitlinientreue und kontinuierliche Gesundheitsversorgung. Unterschiede in der Versorgung zwischen den Clustern hinsichtlich der Anzahl der kontaktierten Leistungserbringenden, ein Aspekt des Koordinationsbedarfs, ist nicht zu erkennen. Auch die Patientencharakteristika unterscheiden sich nicht zwischen den Versorgungsmustern. Die geringen Unterschiede hinsichtlich Charakteristika der verschiedenen Cluster und die sehr ähnlich kontinuierliche Inanspruchnahme von Medikation und Arztkontakten in Cluster B-MI und C-HI, könnten das Ausbleiben der Prädiktionskraft der Cluster für ein MACE erklären. Für die Prädiktion unerwünschter Gesundheitsoutcomes sind Prädiktoren wie Komorbidität(en) und Alter signifikant.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.4 Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz

Insgesamt 7.250 der Versicherten der Techniker Krankenkasse hatten eine inzidente, stationäre Linksherzinsuffizienzdiagnose (NYHA III oder IV) zwischen Q1/2018 und Q1/2019. Ihre individuellen Versorgungsabläufe ab Entlassung aus dem Krankenhaus lassen sich in fünf verschiedene Muster unterteilen, wobei auch ein Versterben berücksichtigt wurde. Empfohlen für Betroffene ist eine durchgängige Pharmakotherapie und eine kontinuierliche ärztliche Begleitung der Versicherten. Cluster A-GI (geringe Inanspruchnahme, 19%) beschreibt ein Versorgungsmuster bei dem zu Beginn der Beobachtungszeit eine Pharmakotherapie erhalten wurde, die bei der Herzinsuffizienz empfohlen ist. Der Anteil der Pharmakotherapie nimmt im zeitlichen Verlauf jedoch ab. Eine ambulante Weiterversorgung nach der Krankenhausentlassung ist bei einem Großteil in diesem Cluster nicht ersichtlich. In Cluster B-A (Arztbesuche, 22%) erhielten Betroffene überwiegend in den ersten Quartalen Medikation und wurden zusätzlich den gesamten Zeitraum über ärztlich betreut. Dennoch gibt es auch hier einen erheblichen Anteil an Patient:innen, bei denen die ambulante Versorgung durch die empfohlene Pharmakotherapie nach der Krankenhausentlassung nicht kontinuierlich stattfindet. Das dritte Cluster C-M (Medikation, 20%) beschreibt das Versorgungsmuster, dass regelmäßige Pharmakotherapie stattfindet. Die Medikamente sind verschreibungspflichtig, weswegen die Patient:innen die Verordnungen bei Arztbesuchen erhalten haben könnten, bei denen keine Herzinsuffizienzdiagnose angegeben wurde. Dies könnte Quartale erklären, in denen in der Analyse eine Medikation stattfindet, aber kein Arztkontakt. Im vorletzten Cluster D-AM (25%) nehmen Versicherte sowohl Ärzt:innen als auch Medikation über den gesamten Zeitraum kontinuierlich in Anspruch. Dem letzten und kleinsten Cluster E-v sind Patient:innen zugeordnet, die eine initiale Linksherzinsuffizienz im ersten Quartal hatten, aber über den Beobachtungszeitraum im Laufe der Zeit verstarben. Die Versorgungssituation der gesamten Studienpopulation ist in Abbildung 6 abgebildet. Detaillierte Darstellungen der einzelnen Versorgungsmuster sind in Anlage 4.

Ein Blick auf empfohlene Routineuntersuchungen bei der Erkrankung in Tabelle 4 zeigt, dass im Folgejahr der Krankenhausentlassung lediglich 15% der Studienpopulation eine der Untersuchungen in Anspruch nahmen. In Cluster D-AM und Cluster B-A sind die Inanspruchnahmeraten am höchsten und in Cluster A-GI und E-v geringer.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

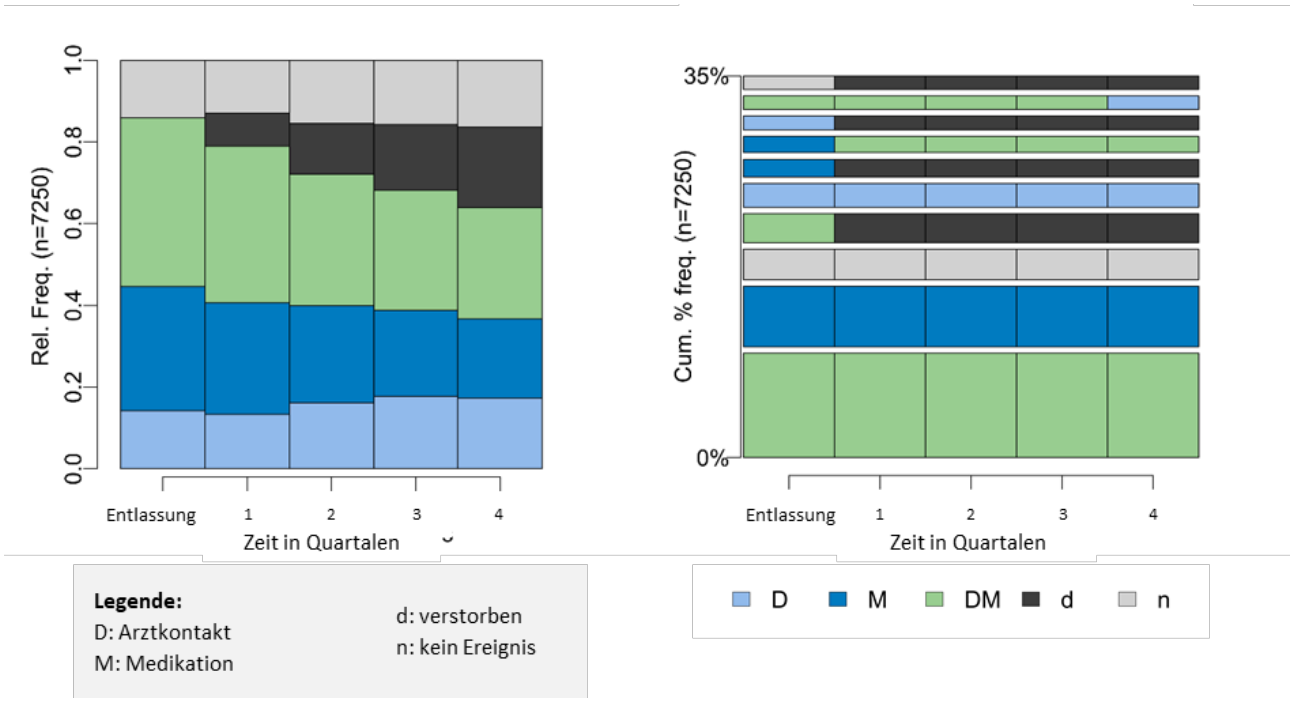


Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung und die zehn häufigsten Sequenzen der ambulanten Gesundheitsversorgung von Patient:innen mit inzidenter Herzinsuffizienz

Die unterschiedlichen Versorgungsmuster nach einer Krankenhausentlassung werden im Folgenden deskriptiv beschrieben. Dabei gehen wir auf Patientencharakteristika, Versorgungsstrukturen und Charakteristika zu Koordination in der Versorgung ein.

Tabelle 4: Deskription der Population je Versorgungsmuster (Cluster) bei Linksherzinsuffizienz (NYHA III & IV)

	Gesamt	A-GI	B-A	C-M	D-AM	E-v	p-val.[1]
Population	7.250	1.365 (19%)	1.601 (22%)	1.425 (20%)	1.829 (25%)	1.030 (14%)	
Geschlecht, weiblich	2.754 (38%)	550 (40%)	583 (36%)	626 (44%)	601 (33%)	394 (38%)	***
Alter							***
18-49 Jahre	197 (2,7%)	46 (3,4%)	44 (2,7%)	35 (2,5%)	67 (3,7%)	5 (0,5%)	
50-64 Jahre	899 (12%)	170 (12%)	199 (12%)	180 (13%)	296 (16%)	54 (5%)	
65-74 Jahre	1.457 (20%)	272 (20%)	312 (19%)	324 (23%)	413 (23%)	136 (13%)	
> 74 Jahre	4.697 (65%)	877 (64%)	1,046 (65%)	886 (62%)	1.053 (58%)	835 (81%)	
Charlson-Index	4,42 (2,05)	4,45 (2,04)	4,46 (2,09)	4,36 (1,99)	4,36 (2,04)	4,49 (2,07)	0,4
Heimbewohner:in (Ja)	1.184 (16%)	227 (17%)	277 (17%)	195 (14%)	230 (13%)	255 (25%)	***
Pflegegrad (>1)	3.823 (53%)	723 (53%)	866 (54%)	645 (45%)	838 (46%)	751 (73%)	***

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamt	A-GI	B-A	C-M	D-AM	E-v	p-val.[1]
Siedlungsstruktur							0,057 .
Großstadt	4.556 (63%)	831 (61%)	1.031 (64%)	871 (61%)	1.139 (62%)	684 (66%)	
Städtischer Kreis	1.605 (22%)	331 (24%)	338 (21%)	324 (23%)	392 (21%)	220 (21%)	
Ländlicher Kreis	566 (7,8%)	113 (8,3%)	110 (6,9%)	119 (8,4%)	158 (8,6%)	66 (6,4%)	
Sehr ländlicher. Kreis	522 (7,2%)	90 (6,6%)	122 (7,6%)	111 (7,8%)	139 (7,6%)	60 (5,8%)	
Dichte Hausarzt [2]	6,18 (0,53)	6,15 (0,52)	6,18 (0,53)	6,19 (0,54)	6,21 (0,53)	6,20 (0,54)	0,034*
Dichte Internist:innen [2]	1,02 (0,46)	1,00 (0,46)	1,01 (0,45)	1,02 (0,45)	1,04 (0,46)	106 (0,49)	0,018*
Krankenhausbettdichte [2]	6,12 (2,87)	6,00 (2,94)	6,10 (2,78)	6,05 (2,82)	6,18 (2,89)	6,31 (2,95)	0,028*
Hausarztmodell (Ja)	994 (14%)	226 (17%)	171 (11%)	240 (17%)	238 (13%)	119 (12%)	***
Anzahl Leistungserbringende	2,34 (2,25)	1,06 (1,45)	3,50 (2,25)	1,06 (1,38)	3,61 (2,34)	1,77 (1,71)	***
Anzahl Verordner:innen (Arzneimittel)	1,95 (1,12)	1,80 (1,12)	2,05 (1,13)	2,00 (1,08)	2,23 (1,16)	1,43 (0,87)	***
Kontrolluntersuchung im BZ	1.064 (15%)	138 (10%)	296 (18%)	176 (12%)	384 (21%)	70 (6,8%)	***
Gesundheitsoutcomes							
Versterben [3]	1.431 (20%)	125 (9,2%)	151 (9,4%)	63 (4,4%)	62 (3,4%)	1.030 (100%)	***
Rehospitalisierung [3]	4.418 (61%)	760 (56%)	1.051 (66%)	682 (48%)	1.101 (60%)	824 (80%)	***
Versterben oder Rehospitalisierung	4.688 (65%)	780 (57%)	1.070 (67%)	698 (49%)	1.110 (61%)	1.030 (100%)	***

[1] Signifikanzniveau: 10% (.), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***); der χ2-Test wurde für kategoriale Variablen und Kruskal-Wallis-Test für metrische Variablen angewendet. [2] Dichten sind angegeben pro 100.000 Einwohner:innen aus der INKAR-Datenbank (BBSR). [3] Outcome innerhalb des Beobachtungszeitraums von sechs Quartalen ab der Diagnosestellung. Cluster A-GI sind Patient:innen mit eher geringer Inanspruchnahme, Cluster B-A sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten, Cluster C-M sind Patient:innen mit regelmäßigerer Medikation, Cluster D-AM sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten und Medikation und Cluster E-v sind Patient:innen, die im Verlauf der Beobachtungszeit verstarben, zugeordnet. BZ: Beobachtungszeitraum.

Insgesamt war die Studienpopulation überwiegend männlich (62%). In Cluster C-M war der Frauenanteil mit 44% am höchsten und in Cluster D-AM mit 33% am geringsten ist. Es fällt auf, dass im Cluster mit der hohen Mortalität (Cluster E-v), die Altersgruppe der über 74-jährigen besonders stark vertreten war (81%, Population 65%). Demgegenüber war Cluster D-AM vergleichsweise jung - während in der Gesamtpopulation nur knapp 15% jünger als 65 Jahre waren, waren in diesem Cluster knapp 20% in diesem Altersbereich. Trotz dessen unterschied sich die Komorbidität, gemessen mit dem Charlson-Komorbiditätsindex, zwischen allen Clustern nicht signifikant und lag im Schnitt bei etwa 4,4. Gleichzeitig unterschieden sich die Cluster hinsichtlich des Pflegegrads, der die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit beschreibt,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

signifikant. Während in Cluster A bis D maximal die Hälfte der Patient:innen eine Pflegestufe 2 und höher hatten, war dieser Anteil in Cluster E-v bei sehr hohen 73%. Die Bewohnerrate von Heimen, verhielt sich analog. Ein weiterer Fokus der Deskription waren Versorgungsstrukturen. Es fiel auf, dass insbesondere Patient:innen in Cluster A-GI und C-M signifikant häufiger am Hausarztmodell teilnahmen (17%, Gesamtpopulation 14%) und die Studienpopulation insgesamt vermehrt im (groß-)städtischen Raum (85%) wohnte. Die betrachteten Dichten von Ärzt:innen und die Krankenhausbettendichte unterschieden sich schwach signifikant (p<0,05) zwischen den Clustern, wobei die Anzahl der Krankenhausbetten in Wohngegenden von Patient:innen aus Cluster E-v höher war.

Tabelle 5: Logistische Regression zum kombinierten Endpunkt der Rehospitalisierung oder Versterben bei Patient:innen mit Linksherzinsuffizienz (NYHA III / IV).

Charakteristika	**OR**	**95% CI**	**p-value [1]**
Cluster			
Cluster A-GI	-	-	-
Cluster B-A	1,20	1,02, 1,42	0,029 .
Cluster C-M	0,70	0,60, 0,82	***
Cluster D-AM	0,89	0,76, 1,04	0,2
Anzahl Verordner:innen	1,08	1,03, 1,13	0,002 **
Anzahl beteiligter Leistungserbringende	1,08	1,05, 1,12	***
Siedlungsstruktur			
Großstadt	-	-	-
Städtischer Kreis	0,95	0,84, 1,08	0,5
Ländlicher Kreis	1,06	0,87, 1,28	0,6
sehr ländlicher Kreis	1,12	0,92, 1,37	0,3
Charlson-Index	1,01	0,99, 1,04	0,4
Kontrolluntersuchung (Ja)	1,33	1,15, 1,54	***

[1] Signifikanzniveau: 10% (.), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***) mit einem generalized linear model und dem Wald-Test. OR: Odds ratio. CI: Confidence interval. Cluster A-GI sind Patient:innen mit eher geringer Inanspruchnahme, Cluster B-A sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten, Cluster C-M sind Patient:innen mit regelmäßigerer Medikation und Cluster D-AM sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten und Medikation zugeordnet.

Hinsichtlich der Koordination in der Versorgung wiesen die Cluster deutliche Unterschiede auf. Die Anzahl der Leistungserbringenden, die im Beobachtungszeitraum an der Versorgung beteiligt waren, da sie in dem Zeitraum eine Herzinsuffizienzdiagnose stellten, betrug im Mittel 2,34. Am geringsten war sie bei Patient:innen aus Cluster A-GI und C-M und am höchsten bei Patient:innen in Cluster B-A und D-AM. Ähnliche Tendenzen waren bei der Anzahl der Leistungserbringenden, die an der medikamentösen Therapie beteiligt waren (d.h. sie verordneten mindestens eine krankheitsspezifische Medikation) zu sehen.

Im Folgenden wird ein potenzieller Zusammenhang zu dem kombinierten Endpunkt, Versterben oder Rehospitalisierung innerhalb des Beobachtungszeitraums, analysiert. Es wurde für 1. die Clusterzugehörigkeit, 2. die Anzahl der Verordner:innen von krankheitsspezifischen Medikationen, 3. die Anzahl der Leistungserbringenden, die an der Behandlung der Erkrankung beteiligt waren, 4. die Siedlungsstruktur, 5. die allgemeine Morbidität der Personen, gemessen anhand des Charlson-Index und 6. ob eine

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Kontrolluntersuchung (siehe Kapitel 3.3.2) im Beobachtungszeitraum stattfand, kontrolliert. Aufgrund der Mortalitätsrate von 100% in Cluster E-v, wurde diese Subpopulation in diesem Teil der Analyse ausgeschlossen. Es zeigte sich, dass eine höhere Anzahl an beteiligten Versorgern die Wahrscheinlichkeit einer Rehospitalisierung oder des Versterbens erhöhte. Verglichen mit den Patient:innen mit niedriger Inanspruchnahme (Cluster A-GI) zeigte sich, dass auch eine Zugehörigkeit zu Cluster B-A schwach signifikant diese Wahrscheinlichkeit erhöht. Eine Zugehörigkeit zu Cluster C-M hingegen verringert die Wahrscheinlichkeit des zu vermeidenden, kombinierten Endpunktes.

Zusammenfassend zeigte die Analyse, dass die verschiedenen Versorgungsmuster Unterschiede in der Versorgungsstruktur, gemessen in der Versorgungsdichte, und dem Koordinationsbedarf, gemessen an beteiligten Versorgern, aufwiesen. Zusätzlich waren Patientencharakteristika, wie beispielsweise die individuelle Wohnsituation (Heimbewohner, Pflegegrad >1) entscheidend dafür, welches Versorgungsmuster bei einem Patient:innen zutraf. Die Regression zeigte, dass eine ansteigende Anzahl an Leistungserbringenden die Wahrscheinlichkeit einer Rehospitalisierung oder einem Versterben erhöhte. Eine hohe Anzahl an Leistungserbringenden bedeutet einen erhöhten Bedarf an Koordination der beteiligten Versorger, kann jedoch auch durch eine schwerere Erkrankung der Patient:innen begründet sein. Ursache und Wirkung sind demnach unklar. Ähnlich ist es mit Nachsorgeuntersuchungen im Nachbeobachtungsjahr im ambulanten Bereich. Diese sind eher selten, und es zeigte sich, dass sie signifikant das Auftreten des zu vermeidenden Endpunktes erhöhen. Analog kann es hier sein, dass die empfohlenen Untersuchungen bei schwerer erkrankten Patient:innen durchgeführt wurden und dies der eigentliche Treiber der Prädiktionskraft ist.

4.5 Versorgung von Patient:innen mit Depression

Insgesamt 74.771 Versicherten wurden in 2017/2018 initial mit einer mittelschweren Depression diagnostiziert. Der Studienpopulation ist demnach eine kontinuierliche ärztliche Betreuung, sowie eine Pharmako- oder Psychotherapie empfohlen. Wir unterteilten gemäß der beschriebenen Methodik die Studienpopulation in fünf Clustergruppen. Patient:innen in Cluster A-GI (n=18.862, 25%, geringe Inanspruchnahme) nahmen innerhalb der sechs Beobachtungsquartale insgesamt wenige Leistungen in Anspruch. Cluster B-A (n=16.523, 22%) wurden Patient:innen zugeteilt, deren Versorgungspfad sich insbesondere auf die regelmäßige Konsultation von Ärzt:innen fokussierte. In Cluster C-AP (n=12.329, 16%) hatten die Patient:innen über den Beobachtungszeitraum hinweg kontinuierlich Psychotherapie und ärztliche Betreuung, wohingegen in Cluster D-AM (n=18.062, 24%) neben der ärztlichen Betreuung, eine kontinuierliche Pharmakotherapie stattfand. Im letzten Cluster E-AMP (n=8.994, 12%) erhielten die Patient:innen Leistungen aller drei berücksichtigten Kategorien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

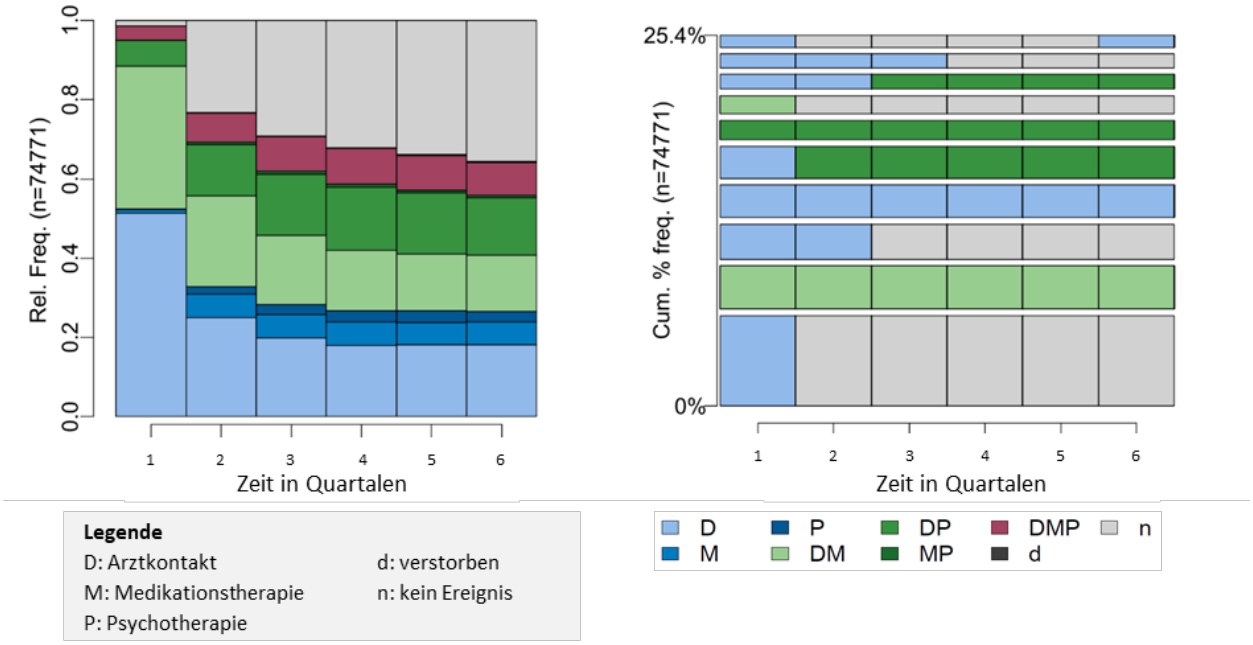


Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung und die zehn häufigsten Sequenzen der ambulanten Gesundheitsversorgung von Patient:innen mit mittelschwerer Depression

Versorgungsmuster in Cluster C-AP, D-AM und E-AMP erfüllten die empfohlenen Behandlungsstrategien. Dies betraf insgesamt 52% der Studienpopulation. Die Versorgung in Cluster B-A suggerierte eine bestehende Depressionserkrankung über den gesamten Beobachtungszeitraum ohne, dass eine Medikations- oder Psychotherapie stattfand. Ähnlich war bei einem Viertel der Studienpopulation zu sehen, dass sie kurz nach der Diagnosestellung bereits keine der berücksichtigten Versorgungsleistungen in Anspruch nahm. Insgesamt ist in allen Clustern nicht auszuschließen, dass Patient:innen zusätzlich Privatleistungen in Anspruch nahmen. Der Grund für das Ausbleiben von Therapievarianten lassen sich in den Daten nicht zuverlässig ermitteln. Gründe könnten fehlende Psychotherapieplätze, die Präferenz der Patient:innen, eine Psychotherapie privat zu zahlen, eine ausbleibende Therapieempfehlung der Behandler, Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten, insbesondere bei Pharmakotherapie, sein. Insbesondere ist eine Psycho- und Pharmakotherapie eine gemeinsame Entscheidung von Versorger und Patient, bei der neben den genannten Faktoren, auch die Patientenpräferenz und -situation relevant sind. Dennoch ist zu betonen, dass wir in den Analysen die Versorgung abbilden, die gesetzlich Versicherte in Anspruch nehmen und in Abrechnungsdaten vorliegen. Die Versorgungssituation der Studienpopulation ist in Abbildung 7 dargestellt. Detaillierte Darstellungen der Versorgungssituation je Versorgungsmuster ist in Anlage 4 angegeben.

Der deskriptive Vergleich der Cluster zeigt signifikante Unterschiede in den Patientencharakteristika.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 6: Deskription der Subpopulationen je Versorgungscluster von Patient:innen mit inzidenter mittelgradiger Depression

	Gesamt	A-GI	B-A	C-AP	D-AM	E-AMP	p-value [1]
Population		18.862	16.523	12.329	18.063	8.994	
		(25%)	(22%)	(16%)	(24%)	(12%)	
Geschlecht, weiblich	47.495	11.735	10.455	8.758	10.606	5.941	***
	(64%)	(62%)	(63%)	(71%)	(59%)	(66%)	
Alter							***
18-24 Jahre	8.064	2.257	1.590	1.430	1.755	1.032	
	(11%)	(12%)	(9,6%)	(12%)	(9,7%)	(11%)	
25-34 Jahre	15.236	4.005	2.933	3.190	3.105	2.003	
	(20%)	(21%)	(18%)	(26%)	(17%)	(22%)	
35-49 Jahre	21.678	5.433	4.582	3.828	5.006	2.829	
	(29%)	(29%)	(28%)	(31%)	(28%)	(31%)	
50-64 Jahre	24.865	5.749	6.066	3.617	6.523	2.910	
	(33%)	(30%)	(37%)	(29%)	(36%)	(32%)	
65-74 Jahre	3.333	952	879	225	1.095	182	
	(4,5%)	(5,0%)	(5,3%)	(1,8%)	(6,1%)	(2,0%)	
75 Jahre +	1.595	466	473	39	579	38	
	(2,1%)	(2,5%)	(2,9%)	(0,3%)	(3,2%)	(0,4%)	
Charlson-Index	0,62	0,62	0,62	0,63	0,62	0,59	0,083 .
	(0,99)	(1,00)	(0,99)	(0,99)	(1,00)	(0,97)	
Siedlungsstruktur							***
Großstadt	50.938	12.809	11.060	9.131	11.657	6.281	
	(68%)	(68%)	(67%)	(74%)	(65%)	(70%)	
Städtischer Kreis	14.981	3.730	3.440	2.100	3.916	1.795	
	(20%)	(20%)	(21%)	(17%)	(22%)	(20%)	
Ländlicher Kreis	4.621	1.230	1.041	584	1.276	490	
	(6,2%)	(6,5%)	(6,3%)	(4,7%)	(7,1%)	(5,4%)	
Sehr ländlicher Kreis	4.230	1.093	982	514	1.213	428	
	(5,7%)	(5,8%)	(5,9%)	(4,2%)	(6,7%)	(4,8%)	
Ärztedichte gesamt[2]	192,78	190,64	190,53	206,48	185,47	197,32	***
	(56,50)	(55,08)	(55,05)	(58,49)	(54,88)	(58,84)	
Psychologische Psycho-therapeut:innendichte[2]	39,72	38,65	38,43	46,60	36,12	42,14	***
	(24,94)	(24,15)	(24,20)	(26,64)	(23,51)	(26,18)	
Ärztliche Psycho-therapeut:innendichte[2]	9,71	9,45	9,43	11,40	8,82	10,26	***
	(7,29)	(6,98)	(7,05)	(7,97)	(6,91)	(7,73)	
Hausarztmodell (Ja)	7.972	2.090	1.639	968	2.322	953	***
	(11%)	(11%)	(9,9%)	(7,9%)	(13%)	(11%)	
Akuttherapie (Ja)	4.924	568	1.445	847	1.387	677	***
	(6,6%)	(3,0%)	(8,7%)	(6,9%)	(7,7%)	(7,5%)	
Ambulante Versorgung im Krankenhaus	15.889	2.464	3.185	2.661	4.888	2.691	***
	(21%)	(13%)	(19%)	(22%)	(27%)	(30%)	

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamt	A-GI	B-A	C-AP	D-AM	E-AMP	p-value [1]
Psychotherapeut:in oder Psychiater:in an Versorgung beteiligt	38.963 (52%)	5.563 (29%)	6.437 (39%)	10.357 (84%)	9.038 (50%)	7.568 (84%)	***
Gesundheitsoutcomes							
Versterben [3]	252 (0,3%)	26 (0,1%)	57 (0,3%)	27 (0,2%)	129 (0,7%)	13 (0,1%)	***
Hospitalisierung [3]	15.415 (21%)	2.205 (12%)	2.866 (17%)	1.684 (14%)	5.797 (32%)	2.863 (32%)	***
Rehospitalisierung [3]	5.098 (6,8%)	553 (2,9%)	846 (5,1%)	498 (4,0%)	2.173 (12%)	1.028 (11%)	***

[1] Signifikanzniveau: 10% (.), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***); der χ2-Test wurde für kategoriale Variablen und Kruskal-Wallis-Test für metrische Variablen angewendet. [2] Dichten angegeben pro 100.000 Einwohner:innen (Kassenärztliche Bundesvereinigung – Dezernat Versorgungsmanagement 2019). [3] Bezieht sich auf den Beobachtungszeitraum von sechs Quartalen ab Diagnosestellung. Cluster A-GI sind Patient:innen mit eher geringer Inanspruchnahme, Cluster B-A sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten, Cluster C-AP sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten und Psychotherapie, Cluster D-AM sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten und Medikation und Cluster E-AMP sind Patient:innen mit regelmäßigen Arztkontakten, Medikation und Psychotherapie, zugeordnet.

Insgesamt waren vermehrt Frauen von der Erkrankung betroffen (64%). Dies entspricht der in der aktuellen Literatur berichteten Häufigkeitsverteilung (Ashrafian et al. 2024). Der Männeranteil in Cluster D-AM (41%) war vergleichsweise hoch. Die Versicherten dieses Clusters waren im Vergleich zur Gesamtpopulation zudem eher älter und wohnten in dünner besiedelten Wohnkreisen mit geringerer Versorgerdichte. In Cluster C-AP hingegen waren vermehrt jüngere Frauen (71%), die eher städtisch wohnten und mit höheren Versorgerdichten. Die psychologische Psychotherapeutendichte ist in diesem Cluster vergleichsweise am höchsten (39,72 vs. 46,60 pro 100.000 Einwohner:innen). Cluster B-A sticht durch die höchste Rate an Akuttherapien (6,6% vs. 8,7%) hervor und der besonders ausgeprägten Bevölkerungsgruppe im Alter von 50 bis 64 Jahren (33% vs. 37%). Insgesamt waren die meisten Charakteristika der Patient:innen in Cluster A-GI sehr ähnlich zu denen der Gesamtpopulation. Sie unterschieden sich jedoch durch seltenere Akuttherapien und ambulante Krankenhausbehandlungen und (Re-)Hospitalisierungen. Patient:innen in Cluster E-AMP waren tendenziell älter, wohnten eher städtisch mit einer höheren Versorgerdichte und hatten besonders häufig eine ambulante Krankenhausversorgung. Die ambulante Versorgung im Krankenhaus sollte in dieser Analyse approximieren, ob Therapieangebote in einer psychiatrischen Institutsambulanz in Anspruch genommen wurden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 7: Logistische Regression zur Hospitalisierung bei Patient:innen mit inzidenter mittelgradiger Depression

Charakteristik	OR	95% CI	p-value [1]
Cluster			
Cluster A-GI	-	-	-
Cluster B-A	1,37	1,29, 1,46	***
Cluster C-AP	1,05	0,98, 1,13	0,2
Cluster D-AM	1,72	1,61, 1,83	***
Cluster E-AMP	1,56	1,45, 1,68	***
Anzahl Verordner:innen	1,4	1,37, 1,43	***
Beteiligte Leistungserbringende	1,17	1,15,1,18	***
Psychotherapeut:in oder Psychiater:in beteiligt	1,03	0,99, 1,07	0,2
Charlson-Index	1,02	1,00, 1,04	0,017 *

[1] Signifikanzniveau: 10% (.), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***) mit einem generalized linear model und dem Wald-Test. OR: Odds ratio. CI: Confidence interval. Cluster A-GI sind Patient:innen mit eher geringer Inanspruchnahme, Cluster B-A sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten, Cluster C-AP sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten und Psychotherapie, Cluster D-AM sind Patient:innen mit regelmäßigeren Arztkontakten und Medikation und Cluster E-AMP sind Patient:innen mit regelmäßigen Arztkontakten, Medikation und Psychotherapie, zugeordnet.

Eine logistische Regression wird zur Prüfung der These, welche Faktoren eine Hospitalisierung beeinflussen, ausgeführt. Als kontrollierende Faktoren wurde 1. die Clusterzugehörigkeit, 2. die Anzahl der Verordner:innen von depressionsspezifischen Arzneimitteln, 3. die Anzahl der Leistungserbringenden, die an der Versorgung der Erkrankung beteiligt sind, 4. die Anzahl der beteiligten Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen, sowie 5. die allgemeine Komorbidität, gemessen mit dem Charlson-Index, einbezogen. Die Analyse zeigte, dass eine Rehospitalisierung bei einer Clusterzugehörigkeit zu Cluster B-A, D-AM oder E-AMP signifikant wahrscheinlicher ist. Diese Subpopulationen hatten eine vergleichsweise hohe Rate an Akuttherapien (7,5% - 8,7%) und waren von den vier Clustern mit Versorgung, die drei mit den geringsten Psychotherapeutendichten und eher ländlicheren Wohnorten. Neben der Clusterzugehörigkeit ist die Anzahl an Leistungserbringenden, die an der Pharmakotherapie oder an der Behandlung beteiligt waren, mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit der Hospitalisierung assoziiert. Auch hier könnte eine erhöhte Anzahl an Leistungserbringenden sowohl Resultat einer schwereren Erkrankung als auch ein Zeichen für unkoordinierte Inanspruchnahme sein. Ein höherer Charlson-Komorbiditätsindex ist schwach signifikant assoziiert. Ob ein:e Fachärzt:in an der Versorgung beteiligt ist, hat keine Auswirkungen auf den Outcome.

4.6 Versorgung von Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz

Insgesamt wurden in der Inzidenzgruppe mit Rückenschmerzen 198.508, in der Prävalenzgruppe 700.526 Patient:innen identifiziert. Hierbei handelte es sich um einen Aufgriff aus einer Stichprobe der TK (kein Volldatensatz). In beiden Populationsgruppen ist der Anteil koordiniert versorgter Patient:innen (16,7%, 11,8%) deutlich geringer als der unkoordiniert versorgte Anteil. Signifikante Unterschiede sind jeweils zwischen den Gruppen der koordiniert und unkoordiniert versorgten Patient:innen vor dem Matching deutlich (siehe Tabelle 8).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 8: Charakteristika der koordinierten und unkoordinierten Patient:innen mit Rückenschmerz

	Inzidenzgruppe					
	Ungematcht			Gematcht		
	Koord.	Unkoord.	p-value [1]	Koord.	Unkoord.	p-value [1]
Alter	44,637	47,028	***	44,627	44,649	0,985
Geschlecht, weiblich	61,14%	55,20%	***	61,14%	61,12%	0,084 +
Charlson-Index	0,489	0,534	***	0,489	0,477	0,246
Pflegegrad	0,042	0,066	***	0,042	0,038	0,096 +
DMP Teilnahme	7,04%	7,45%	0,01**	7,04%	7,05%	0,970
N	33.094	165.414		33.094	165.414	
	Prävalenzgruppe					
	Ungematcht			Gematcht		
	Koord.	Unkoord.	p-value [1]	Koord.	Unkoord.	p-value [1]
Alter	49,623	52,590	***	49,623	49,630	0,983
Geschlecht, weiblich	54,05%	57,95%	***	54,05%	54,05%	0,996
Charlson-Index	0,677	0,810	***	0,677	0,672	0,857
Pflegegrad	0,081	0,125	***	0,081	0,078	0,947
DMP Teilnahme	10,05%	11,26%	0,01*	10,05%	10,05%	0,750
N	82.909	617.617		82.909	617.617	

[1] Signifikanzniveau: 10% (+), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***), der χ2-Test wurde für kategoriale Variablen und T-Test für metrische Variablen angewendet, DMP: Disease Management Programm

Nach dem Propensity Score Matching (PSM) umfasste der Datensatz 700.526 Patient:innen in Prävalenz- und 198.508 Patient:innen in Inzidenzgruppe. Das PSM verbesserte die Verteilung der individuellen Charakteristika zwischen Interventions- und Kontrollgruppe deutlich.

In der Inzidenzgruppe erfolgten 34 Operationen aufgrund von unspezifischem Rückenschmerz, in der Prävalenzgruppe 401. Die Gruppenzugehörigkeit nach dem PSM erklärt nicht die Unterschiede in der Durchführung von Operationen bei unspezifischem Rückenschmerz, Hospitalisierungen aufgrund unspezifischer Rückenschmerzen (0,22% bzw. 0,5% der Studienpopulation) oder langfristige über die Empfehlung hinausgehenden Verordnungen von Opioiden (0,6% bzw. 2% der Studienpopulation).

Ein Großteil der Arztbesuche der Patient:innen fand bei Allgemeinmediziner:innen (Inzidenzgruppe 76,5% mit mindestens einem Hausarztbesuch wegen Rückenschmerzen, Prävalenzgruppe 87,3%), gefolgt von Orthopädie (rund 37,8% bzw. 52,2%) und psychologischen / psychotherapeutischen Fachgebieten (rund 1,5% bzw. 34%) statt. In der Inzidenzgruppe waren 47,0% der Patient:innen lediglich in einem Quartal mit den Rückenschmerzen beim / bei einer Hausärzt:in, 24,49% waren in mehr als einem Quartal beim / bei einer Hausärzt:in. Auch Patient:innen, die Orthopäd:innen besuchten, waren überwiegend nur in einem Quartal (63,3%) in Behandlung.

Empfohlen ist bei akuten oder rezidivierenden Kreuzschmerzen ohne relevante Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese oder körperlicher Untersuchung zunächst keine Bildgebung durchzuführen. In der Inzidenzgruppe

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

wurde bei 25% der koordiniert und rund 30% der unkoordiniert versorgten Patient:innen eine Bildgebung bereits im Quartal der ersten Diagnose durchgeführt.

Tabelle 9: Beschreibung der Versorgungsereignisse im Beobachtungszeitraum

	Inzidenzgruppe							
	Ungematcht				Gematcht			
	Koord.	Unkoord.	OR[2]	[1]	Koord.	Unkoord.	ATT	[1]
Gesundheitsoutcomes								
Operation wegen M54.x	0,02%	0,02%	0,8618		0,01%	0,02%	0,0001	
Hospitalisierung wegen M54.x	0,23%	0,22%	1,0188		0,23%	0,22%	0,0019	
Langfristige Opioidverordnungen	0,69%	0,66%	1,0429		0,68%	0,62%	0,0006	
Weitere Ereignisse in der Gesundheitsversorgung								
Besuche beim / bei einer Hausärzt:in	76,48%	68,73%	1,4797	***	76,48%	68,00%	0,0850	***
Orthopädie	32,95%	42,55%	0,6636	***	32,95%	41,18%	-0,0823	***
Psychologie / Psychotherapie	1,19%	1,53%	0,7705	***	1,19%	1,25%	-0,0006	
Neurologie	1,39%	1,77%	0,7853	***	1,39%	1,86%	-0,0047	
Massagen	0,04%	0,01%	0,7554		0,04%	0,00%	0,0002	
Physiotherapie	10,28%	11,70%	0,8651	***	10,28%	12,65%	-0,0240	
Ergotherapie	0,02%	0,00%	1,8178	+	0,02%	0,00%	0,0002	
Bildgebung im ersten Quartal	24,57%	28,41%	0,8253	***	24,67%	29,88%	-0,0520	**
Mehrfache Bildgebungen	27,62%	32,47%	0,7937	***	27,62%	30,24%	-0,0260	
N	33.094	165.414			33.094	165.414		

	Prävalenzgruppe							
	Ungematcht				Gematcht			
	Koord.	Unkoord.	OR[2]	[1]	Koord.	Unkoord.	ATT	[1]
Gesundheitsoutcomes								
Operation wegen M54.x	0,03%	0,06%	0,5376	**	0,03%	0,02%	0,0001	
Hospitalisierung wegen M54.x	0,30%	0,50%	0,5994	***	0,3%	0,8%	-0,0045	
Langfristige Opioidverordnungen	1,60%	2,21%	0,7184	***	1,6%	1,64%	-0,0004	
Weitere Ereignisse in der Gesundheitsversorgung								
Besuche beim / bei einer Hausärzt:in	94,35%	84,92%	2,9140	***	94,35%	85,11%	0,0915	***
Orthopädie	46,33%	53,26%	0,7576	***	46,33%	51,74%	-0,0541	***
Psychologie / Psychotherapie	36,79%	32,03%	1,2347	***	36,79%	31,72%	0,0510	***
Neurologie	36,86%	31,56%	1,2660	***	36,86%	30,31%	0,0654	***
Massagen	0,05%	0,08%	0,6338	**	0,05%	0,02%	0,0003	
Physiotherapie	7,41%	10,22%	0,7042	***	7,41%	9,27%	-0,0186	+
Ergotherapie	0,01%	0,02%	0,5681		0,01%	0,25%	-0,0025	+
Mehrfache Bildgebungen	16,30%	23,78%	0,6241	***	16,30%	23,86%	-0,0756	***
N	82.909	617.617			82.909	617.617		

[1] Signifikanzniveau: 10% (+), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***).[2] Logistische Regression, Ergebnisse in Odds ratios (OR); ATT: Average treatment effect. Koord.: koordiniert. Unkoord.: unkoordiniert.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bei 28% der koordinierten und 30% der unkoordiniert versorgten Patient:innen wurde im Beobachtungsjahr eine mehrfache Bildgebung innerhalb des Beobachtungszeitraums durchgeführt. Signifikant unterschied sich die Gruppe der koordiniert versorgten Patient:innen in der Prävalenzgruppe von der unkoordinierten Gruppe: So wurden bei 16,3% der koordinierten und bei 23,86% der unkoordiniert versorgten Patient:innen in der Prävalenzgruppe mehrfache Bildgebungen durchgeführt.

Rund 10% der Inzidenz-Patient:innen (Prävalenzgruppe 9,29%) erhielt Physiotherapie im Beobachtungsjahr, weniger als 1% erhielt Massagen oder Ergotherapie.

4.7 Ergebnisse der Versichertenbefragung

Die Versichertenbefragung wurde vom 31.03.2023 bis 15.07.2023 durchgeführt. Die Befragung erzielte eine Rücklaufquote von 14%, also nahmen insgesamt 3.149 Versicherte an der Online-Befragung vollständig teil. 20% der Befragten wurde aufgrund einer Depression eingeschlossen, 31% aufgrund von Herzinsuffizienz, 16% aufgrund eines vorangegangenen Myokardinfarkts, 25% mit Rückenschmerzen und 8% der Versicherten mit keiner der vorherigen Erkrankungen. Charakteristika der befragten Versicherten basierend auf Befragungs- und Routinedaten sind Tabelle 10 dargestellt.

Sowohl die Alters- und Geschlechtsverteilung als auch die regionale Verteilung basierend auf Bundesländern deuten auf keine großen Unterschiede zwischen den angeschriebenen und den teilnehmenden Versicherten hin: Tendenziell nahmen weniger Versicherte der jüngeren im Vergleich zu älteren Altersgruppen teil (-0,5% 18-24-Jährige, -0,7% 25-49-Jährige und -0,5% 30-49-Jährige vs. 50-64-Jährige +0,3%, 65-74-Jährige +0,8% und 75 und älter +0,3%). Insgesamt war der Anteil der teilnehmenden Männer 3,4% höher als in der angeschriebenen Gruppe. Die Befragung schloss Versicherte aller Bundesländer ein. Abweichungen von angeschriebenen zu befragten Versicherten zwischen den Bundesländern beliefen sich auf unter zwei Prozentpunkte (max. -1,4% Berlin, +1,1% Baden-Württemberg).

Die Versichertenbefragung erhebt nicht den Anspruch auf Repräsentativität aufgrund der besonderen Auswahl an Erkrankungen und der TK Versicherten, ebenso der Selektion an Versicherten, die die Onlinebefragung abschlossen. Verglichen mit der deutschen Bevölkerung 2022 (Daten INKAR) ist die Stichprobe deutlich älter und ein höherer männlicher Anteil hatte teilgenommen. Dies ist auf die eingeschlossenen Erkrankungen zurückzuführen. Die Befragten verteilten sich anders über das Bundesgebiet (maximale Abweichung -2,6% Versicherte aus Bayern verglichen mit dem Bevölkerungsanteil).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 10: Charakteristika der Teilnehmenden an der Versichertenbefragung

	Gesamt	Vergleichsgruppe	Depression	Herzinsuffizienz	Myokardinfarkt	Rückenschmerz	p-val.[1]
Versicherte (N)	**3.149**	**265**	**627**	**965**	**501**	**791**	
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten die folgende Erkrankung? [b]			269	402	440	279	
Geschlecht, weiblich [a] (in %)	40,6	50,9	62,2	25,2	18,2	53,1	0,011 *
Alter[a] (MW, SD)	62,91 (14,98)	51,52 (15,50)	52,83 (14,75)	71,47 (10,98)	67,66 (10,19)	61,28 (14,09)	0,078 *
Wohnort (städtisch) [a] (in %)	34,0	34,0	40,2	32,3	31,1	32,7	0,037 *
Charlson-Index [a] (MW, SD)	2,16 (2,44)	0,54 (1,07)	0,98 (1,78)	3,54 (2,68)	3,05 (2,20)	1,37 (1,89)	***
Migrationshintergrund [b] (in %)							0,608
beide Elternteile deutsch	87,2	85,7	82,6	91,0	87,2	86,9	
beide Elternteile aus anderem Land	8,2	9,8	10,5	6,1	7,4	8,8	
teils-teils	4,6	4,5	6,9	2,9	5,4	4,3	
Haushaltszusammensetzung [b] (in %)							***
1-Personen Haushalt	17,1	10,9	25,5	16,7	14,2	14,8	
(Ehe)Paar ohne Kinder	48,6	38,9	35,1	56,9	54,3	48,9	
Paar und Kind(er)	25,2	39,0	25,0	19,0	25,0	28,0	
Alleinerziehend mit Kind(ern)	1,7	1,9	4,3	0,5	0,2	1,9	
Mehr-Generationen-Haushalt	3,9	5,3	4,5	3,7	4,0	3,0	
Sonstige Haushaltsform	3,6	4,2	5,4	2,7	2,4	3,8	
Höchste schulische und berufliche Ausbildung [b] (in %)							0,053 +
(Noch) kein Abschluss	0,2	1,0	0,3	0,1	0,0	0,3	
Hauptschulabschluss	13,6	3,8	10,8	16,1	15,4	14,8	
Mittlere Reife	23,3	19,6	22,5	22,4	19,0	29,2	
(Fach-)Abitur	13,4	15,8	20,9	8,8%	11,8	13,4	
Fachschulabschluss o.ä.	12,3	8,7	8,1	15,9	14,4	11,1	
Hochschulabschluss	37,1	51,3	37,3	36,8	39,5	31,1	
Sozialkapital [b]							
Gibt es in Ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis Personen, von denen Sie im Falle einer Krankheit Unterstützung bekommen könnten beispielsweise indem Sie zu einem Arztbesuch begleitet werden? (Angaben in %)							0,002 **
Ja, ich würde (fast) immer Unterstützung erhalten (%)	75,9	83,4	70,3	75,1	78,6	77,0	
Teils-teils, ich würde nur manchmal eine Unterstützung erhalten (%)	5,3	2,3	6,7	6,4	4,6	4,3	
Nein, ich würde (fast) nie eine	18,8	14,3	23,0	18,4	16,8	18,7	

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Gesamt	Vergleichsgruppe	Depression	Herzinsuffizienz	Myokardinfarkt	Rückenschmerz	p-val.[1]
Unterstützung erhalten (%)							
Gesundheitskompetenz [b]							
Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach würden Sie sagen, ist es herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Angaben in %)							0,915
sehr einfach – einfach (%)	53,7	54,7	47,2	58,0	58,9	49,9	
teils – teils (%)	35,9	36,6	37,5	34,8	33,5	37,3	
schwer - sehr schwierig (%)	10,4	8,7	15,3	7,2	7,6	12,8	

a: Daten aus Routinedaten, b: Daten aus der Versichertenbefragung. [1] Signifikanzniveau: 10% (+), 5% (*), 1% (**) und 0,1% (***), der χ2-Test wurde für kategoriale Variablen und T-Test für metrische Variablen angewendet. MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung.

In der Befragung wurde zunächst die Wahrnehmung der aktuellen Versorgung durch die Versicherten erhoben. In Bezug auf die allgemeine Inanspruchnahme bei Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zeigt sich eine ähnliche Wahrnehmung der Arztkontakte wie in den Routinedaten abgerechnet. Ebenso wird das Ausmaß an potenziell notwendiger Koordination deutlich: So waren über 70% der Befragten jedes Quartal bei einem/r Ärzt:in / Psychotherapeut:innen und weniger als 10% hatten keine Inanspruchnahme innerhalb eines Jahres.

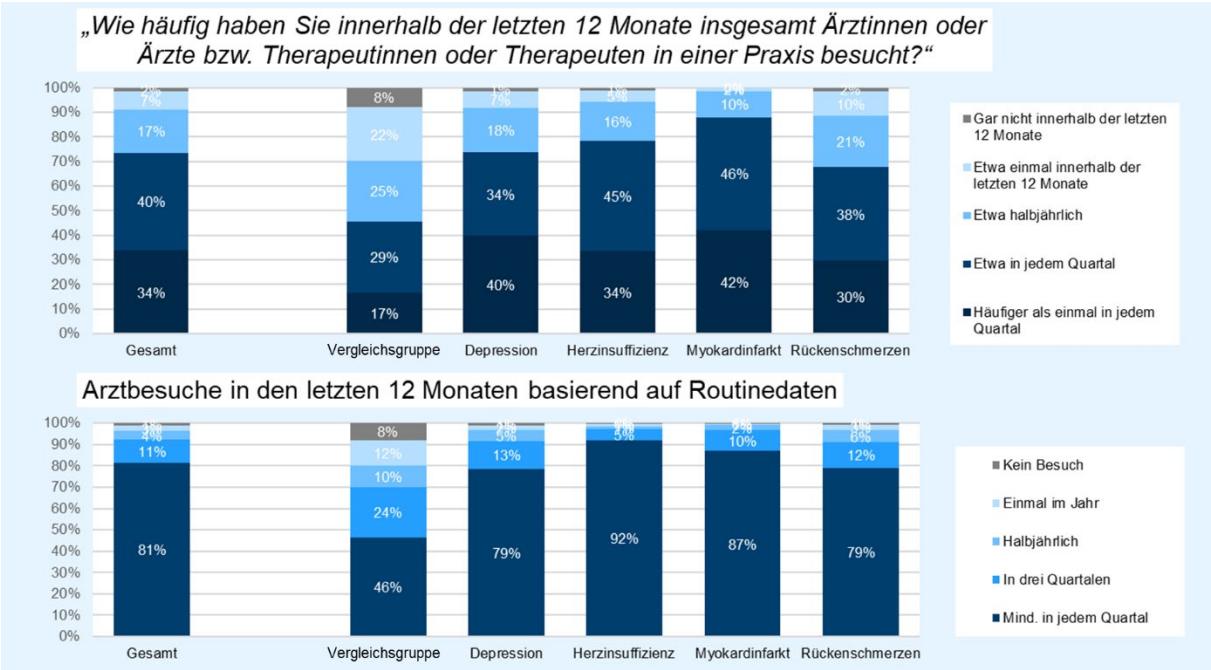


Abbildung 8: Arztbesuche in den letzten 12 Monaten

Weiterhin zeigte sich eine relativ hohe Zufriedenheit der Versicherten (65% Zustimmung zur Zufriedenheit) mit der Versorgung im Allgemeinen. Der Anteil an zufriedenen Versicherten mit der Versorgung ist unter den Versicherten mit Herzerkrankungen am höchsten. Ebenso stimmt auch in dieser Gruppe der höchste Anteil an Versicherten zu, dass die Abstimmung verschiedener Ärzt:innen als gut empfunden wird. Über alle Erkrankungen hinweg stimmen die Versicherten jedoch dieser Aussage deutlich weniger zu (50% der Versicherten).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

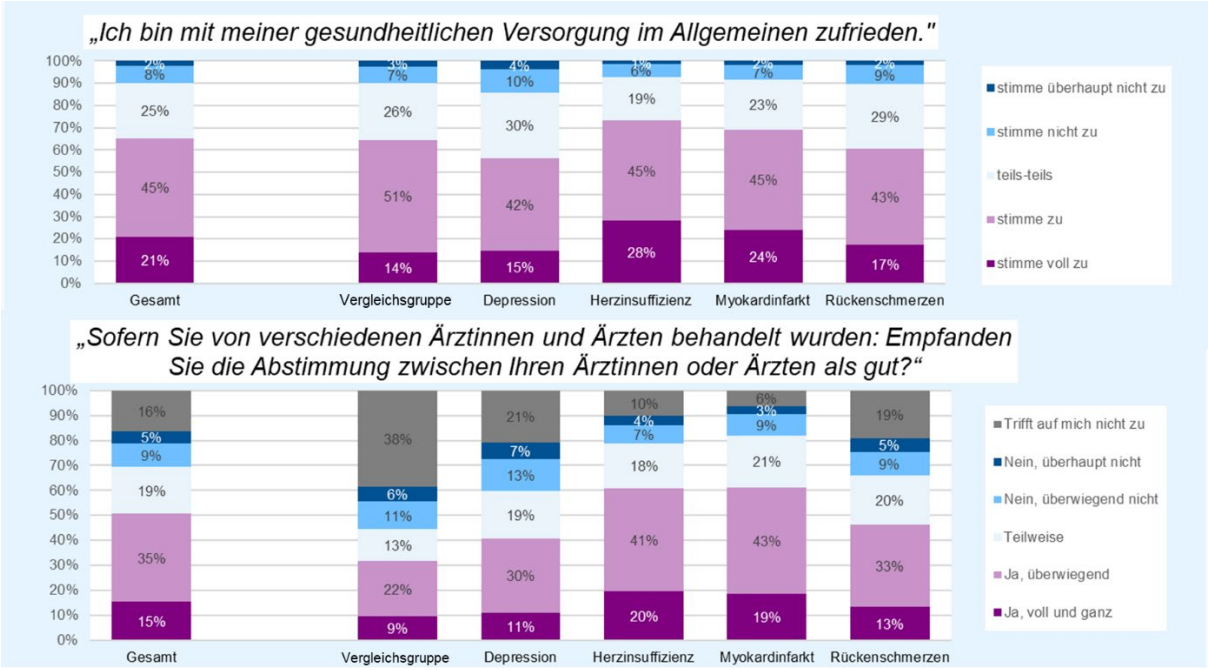


Abbildung 9: Zufriedenheit mit der Versorgung und Abstimmung zwischen Ärzt:innen

In Bezug auf die bisherige Nutzung von Elementen zur Koordination von Leistungen wird deutlich, dass Patient:innen häufig implizit bereits eine feste Ansprechperson im Gesundheitswesen wählten. So gaben 98% der Befragten an, zunächst bei medizinischen Problemen immer zu einer festen Ansprechperson (Hausärzt:in / Internist:in / sonstiger Arzt/Ärztin) zu gehen. Der Anteil an Versicherten, die laut Versichertenbefragung im TK-Hausarzttarif eingeschrieben waren, lag bei 18%. Laut Routinedaten waren es 14%. Rund 77% der im TK-Hausarzttarif Eingeschriebenen gaben an, in diesem eingeschrieben zu sein. Rund 44% der Befragten war sich über die Teilnahme am Hausarztprogramm nicht sicher und rund 19% wünschten sich mehr Beratung dazu. Lediglich rund 16% gaben an, aktuell kein Interesse am Programm zu haben. Ein ähnliches Bild ergab die Frage zu einer Einschreibung in ein TK-Plus-Programm (DMP): 12% der Befragten gab an eingeschrieben zu sein. Laut Routinedaten waren es rund 27%. Rund 40% der Befragten waren sich nicht sicher über eine Einschreibung, von den laut Routinedaten eingeschriebenen Versicherten waren es rund 50%. Mehr Beratung zu TK-Plus-Programmen wünschten sich rund 23%, 21% hatte kein Interesse.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

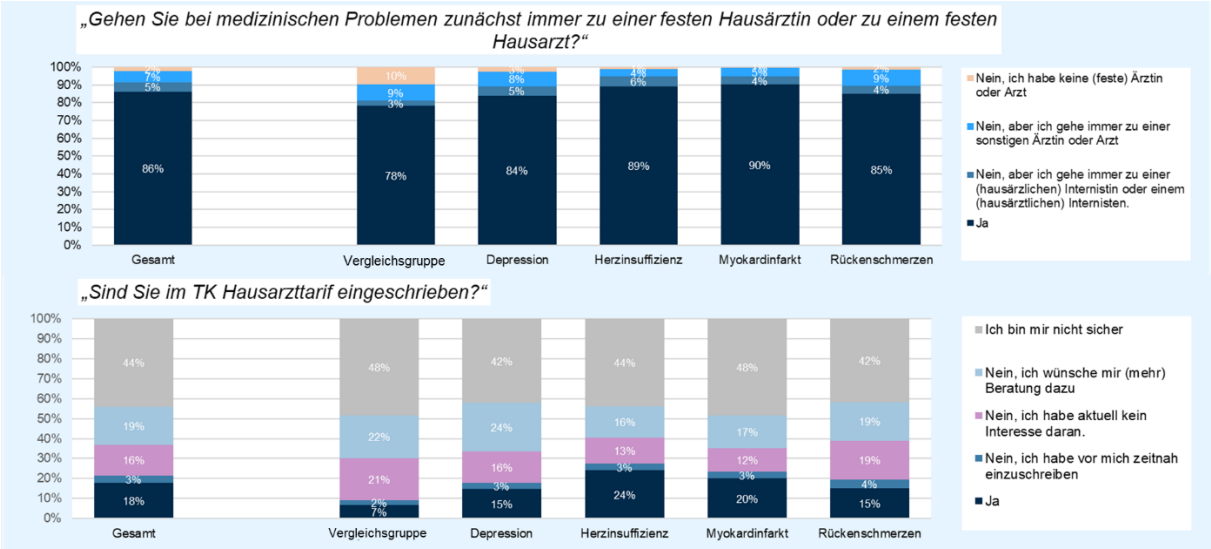
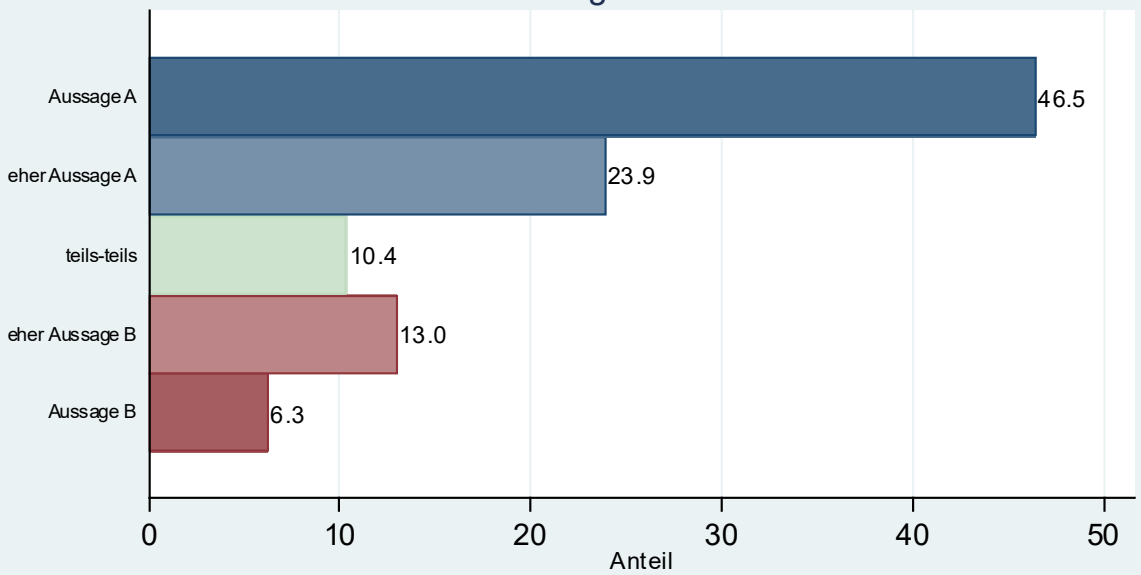


Abbildung 10: Fester Ansprechpartner im Gesundheitswesen und Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

Stellen Sie sich vor, Sie haben ein allgemeines gesundheitliches Anliegen, wie beispielsweise einen grippalen Infekt, eine Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung oder wollen eine Vorsorgeuntersuchung machen. Was ist Ihnen dabei wichtig?

Welcher Aussage stimmen Sie (eher) zu?
Aussage A: Eine verlässliche und kontinuierliche Versorgung bei einer festen ärztlichen Ansprechperson/Praxis meiner Wahl ist mir wichtig.
Aussage B: Die Möglichkeit bei Bedarf rasche ärztliche Hilfe zu erhalten, auch wenn es nicht bei meiner festen ärztlichen Ansprechperson/Praxis ist, ist mir wichtig.



Quelle: Versichertenbefragung TK im Projekt Pfad, N=3,149

Abbildung 11: Präferenzen beim Trade-off zwischen kontinuierlicher Versorgung und rascher Hilfe

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Befragungsergebnisse gaben weiterhin Einblicke in die Präferenzen der Versicherten: Bei der Entscheidung zwischen einer kontinuierlichen Versorgung bei einer festen ärztlichen Ansprechperson bzw. Praxis oder der Möglichkeit bei Bedarf rasche ärztliche Hilfe bei einem allgemeinen gesundheitlichen Anliegen zu erhalten, auch wenn es nicht die ärztliche Ansprechperson/ Praxis ist, favorisierte die Mehrheit (70% der Befragten) eine feste ärztliche Ansprechperson gegenüber der raschen Hilfe (19%) (siehe Abbildung 11).

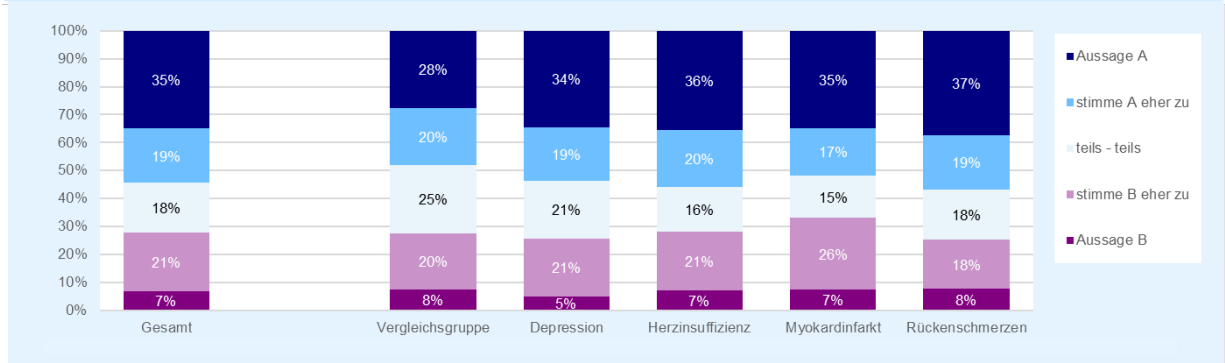
Weitere rund 54% der Versicherten gaben an, selbst entscheiden zu wollen, welcher Arzt/Ärztin bei gesundheitlichen Problemen zu kontaktieren sei im Vergleich zur Möglichkeit, dass eine ärztliche Ansprechperson die Auswahl weiterer Versorger übernähme (28%). Unterstützung bei der Auswahl von Fachärzt:innen wünschten sich Versicherte insbesondere von der ärztlichen Ansprechperson (64%), der Krankenkasse (45%), einem allgemeinen Portal oder einer App mit Informationen über Fachärzt:innen in der Umgebung (34%), oder einer weiteren Anlaufstelle mit Informationen zu Fachärzt:innen in der Umgebung (28%).

In der Frage zum Abwägen zwischen einer gut abgestimmten Behandlung mit der Transparenz über Gesundheitsdaten an behandelnde Ärzt:innen gegenüber der eigenen Entscheidung, welche Daten mit wem geteilt werden, präferierte rund 65% der Befragten eine Freigabe ihrer Daten für eine schnellere Behandlung. Besonders hohe Zustimmung bekam die Aussage bei den Versicherten mit den kardiologischen Erkrankungen, geringste bei Versicherten ohne die Erkrankungen oder Patient:innen mit Depression und Rückenbeschwerden.

Welcher der Aussagen stimmen Sie (eher) zu?

Aussage A: Ich möchte selbst entscheiden, welche Ärztin oder welchen Arzt ich bei gesundheitlichen Problemen kontaktiere.

Aussage B: Ich wünsche mir, dass eine ärztliche Ansprechperson mir die Auswahl weiterer Versorger (z.B. Orthopädie, Klinik, Reha) abnimmt.



Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

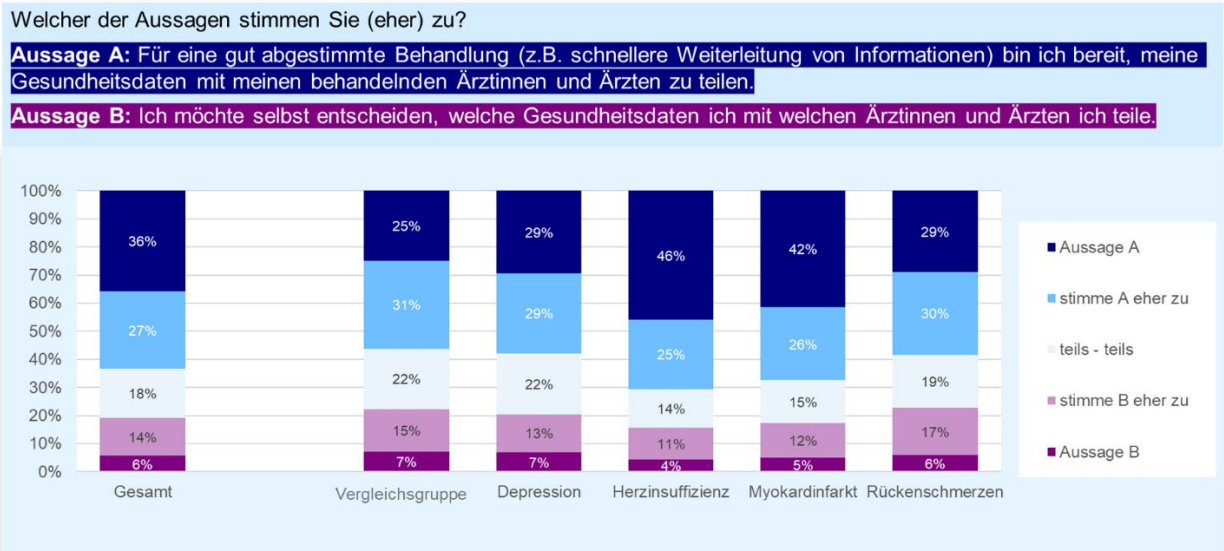


Abbildung 12: Präferenzen bei der Auswahl an Leistungserbringern und hinsichtlich geteilter Daten

Weitere Präferenzen der Versicherten hinsichtlich der Koordination in der Versorgung wurden erfragt. Abbildung 13 stellt die Ergebnisse für ausgewählte Patientensubgruppen dar. Über 80% gab hier an, dass ihnen eine feste Ansprechperson für Gesundheitsprobleme wichtig sei. Ebenso gab über 90% an, zu erwarten, dass sie durch eine feste Ansprechperson weniger Doppeluntersuchungen erhalten, ebenso wie eine schnellere Terminvergabe. Rund 65% der Befragten gab an, dass sie es einschränkend empfände, nicht direkt beim Facharzt / bei der Fachärztin einen Termin vereinbaren zu können. Auffällig gering ist Akzeptanz gegenüber alternativen Professionen wie z.B. der Krankenpflege oder Sozialdiensten als feste Ansprechperson im Gesundheitswesen.

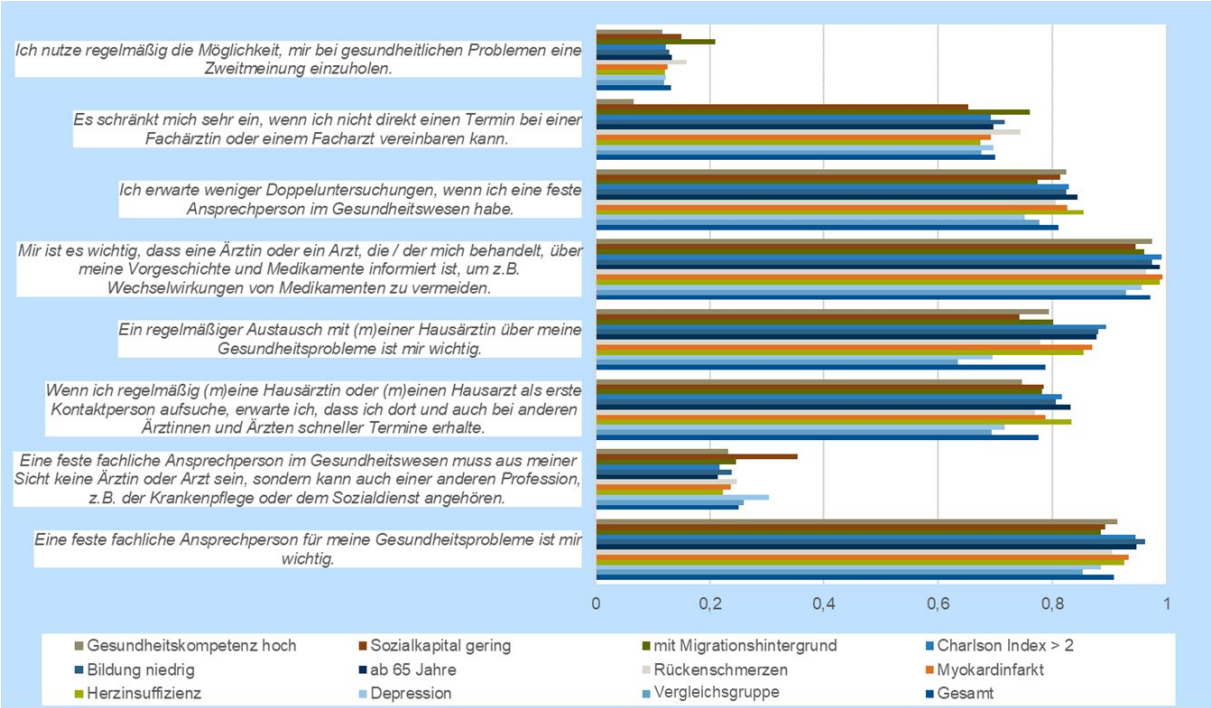


Abbildung 13: Präferenzen bei Steuerungselementen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5 Diskussion der Projektergebnisse

Ziel des Projekts war es Versorgungssituationen für ausgewählte Erkrankungen zu analysieren und vor dem Hintergrund von Steuerungspotenzial zur Koordination und Kontinuität in der Gesundheitsversorgung zu diskutieren.

Es wurden Studien und Leitlinien hinsichtlich relevanter und notwendiger Versorgungsschritte bei der Behandlung der vier untersuchten chronischen Erkrankungen gesichtet. Einige Aspekte, wie beispielsweise Versorgungsempfehlungen, die nicht in Anspruch genommen wurden oder Hinweise auf einen gesunden und aktiven Lebensstil, konnten in Routinedaten nicht operationalisiert werden, dennoch gelang es uns, für alle Erkrankungen eine Vielzahl an Indikatoren für den anschließenden Delphi-Prozess zu identifizieren.

Basierend auf der umfassenden Literaturrecherche und einem dreistufigen Delphi-Expert:innenpanelprozess konnten im Projekt 57 Indikatoren zu den ausgewählten Erkrankungen Rückenschmerzen, Depression, Herzinsuffizienz und Myokardinfarkt konsentiert werden. Vorteile des Indikatorensets sind, dass es von einem Expert:innenpanel mit breiter Expertise als relevant für die Versorgung bewertet wurde, für umfassende Versorgungsforschungsprojekte nutzbar und in Routinedaten abbildbar ist. Eine Vielzahl der identifizierten Indikatoren wurden in den folgenden Analysen zu Versorgungsabläufen genutzt. Es wurden drei weitere indikationsübergreifende Indikatoren konsentiert.

Die Analyse der Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt wegen eines akuten Myokardinfarkts (STEMI) zeigte, dass die Mehrheit der Patient:innen entsprechend den Leitlinien versorgt wurde. Lediglich 5% der Studienpopulation war, gemäß der Empfehlungen, unterversorgt. Die weiteren 95% wurden kontinuierlich medikamentös therapiert und waren in ärztlicher Betreuung. 38% der Patient:innen hatten sogar fast jedes Quartal Kontakt zu Allgemeinärzt:innen und einem Kardiolog:innen. Dies deutet darauf hin, dass die Versorgung in diesem Krankheitsbild zu einem großen Teil leitliniengerecht erfolgt und Patient:innen notwendige medizinische Leistungen auch in Anspruch nehmen.

Bei der Analyse der Versorgung von Patient:innen mit Linksherzinsuffizienz NYHA III / IV konnte gezeigt werden, dass 19% der Studienpopulation nach dem stationären Krankenhausaufenthalt keine empfohlene Weiterbehandlung im ambulanten Bereich erhalten. Insgesamt werden bei 45% der Patient:innen Aspekte der Versorgungsempfehlungen in Anspruch genommen. Es wird ersichtlich, dass neben dem Versorgungsmuster mit häufigen Arztkontakten ohne Medikation (Cluster B-A) auch die Anzahl der beteiligten Versorger die Wahrscheinlichkeit eines unerwünschten Gesundheitsoutcomes (Mortalität oder Rehospitalisierung) signifikant erhöht.

Die Behandlung von Depression als mentale Erkrankung unterscheidet sich deutlich von den beiden vorausgehenden Herzerkrankungen. Ihre Leitlinienempfehlungen sind weniger klar definiert und bieten Gestaltungsspielräume für die partizipative Entscheidungsfindung in der Therapie. Für die Behandlung mittelgradiger Depression ist eine Pharmako- oder Psychotherapie empfohlen. Insgesamt 25% der Studienpopulation zeigt ein Versorgungsmuster bei dem, in den Quartalen nach der initialen mittelschweren Diagnosestellung, keine weitere Versorgung stattfindet. Die Abrechnungsdaten lassen keine Einschätzung zu, ob dies ein Indiz für einen Versorgungsbruch ist oder ob die Erkrankung zwischenzeitlich überwunden wurde. Dem entgegen steht, dass 53% der Studienpopulation

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Versorgungsmuster aufweisen, die den Leitlinien entsprechen. Ebenso kann es sein, dass das Versorgungsmuster mit kontinuierlicher ärztlicher / therapeutischer Betreuung ohne Arzneimittel- oder Psychotherapie eine mit Patient:innen abgestimmte Behandlung darstellt. Es wird deutlich, dass insbesondere in den Versorgungsmustern mit einer Vielzahl an beteiligten Versorgern die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit ansteigt.

Auch in der Analyse der Behandlung von Patient:innen mit Rückenschmerz wird deutlich, dass diese sehr heterogen versorgt werden. Es lässt sich ein geringer Anteil an Patient:innen identifizieren, bei denen entgegen der Leitlinienempfehlung eine Operation aufgrund einer unspezifischen Rückenschmerz-Diagnose erfolgte. Es besteht statistisch kein Unterschied zwischen Personen mit Überweisung zu Fachärzt:innen im Vorbeobachtungsjahr und unkoordiniert versorgten Personen, d. h. solche ohne Überweisung. Lediglich rund 10% der Patient:innen wurden gemäß der Definition als koordiniert identifiziert. Unterschiede zwischen den koordiniert und unkoordiniert versorgten Patient:innen werden insbesondere bei der Rate an Patient:innen mit frühzeitiger und mehrfacher Bildgebung deutlich. Auch wenn eine frühzeitige oder mehrfache Bildgebung unter gewissen Umständen in der Leitlinie empfohlen ist, finden sich bei den koordinierten Patient:innen deutlich weniger frühzeitige und mehrfache Bildgebungen.

Im Rahmen des Projekts wurde eine Versichertenbefragung durchgeführt, um auch die Sicht der Versicherten näher zu beleuchten. Die Teilnehmenden der Befragung zeigten sich insgesamt relativ zufrieden mit der Versorgung im Allgemeinen, weniger jedoch mit der Abstimmung der beteiligten Leistungserbringer. Viele Versicherte suchten nach eigener Aussage bereits einen festen Ansprechpartner im Gesundheitswesen auf. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung hingegen war sehr gering. Viele Befragte gaben an, dass ihnen ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nicht bekannt sei oder sie mehr Informationen dazu wünschten. Weiterhin erlaubte die Versichertenbefragung einen Einblick in Präferenzen der Versicherten hinsichtlich möglicher Steuerungselemente. Lediglich ein Viertel der Befragten stimmte zu, dass eine feste Ansprechperson bei Gesundheitsfragen kein:e Ärzt:in sein muss, sondern auch ein anderer Gesundheitsberuf sein kann. Unterstützung bei der Auswahl von weiteren Leistungserbringern wünschten sich Versicherte insbesondere von der ärztlichen Ansprechperson, der Krankenkassen oder einem allgemeinen Portal / einer App. Der Großteil aller Befragten (82%) gaben an, dass sie für eine gut abgestimmte Behandlung, beispielsweise einer schnellen Weiterleitung von Informationen, bereit sind, ihre Gesundheitsdaten mit den behandelnden Ärzt:innen zu teilen.

Insgesamt zeigt die Studie je Erkrankung sehr unterschiedliche Versorgungsmuster und klar abgrenzbare Patientengruppen in allen ambulant-sensitiven Erkrankungen (Herzinsuffizienz, Depression). In allen Analysen konnten Gruppen identifiziert werden, die kaum Leistungen und somit weniger als in den Leitlinien empfohlen, erhielten: Bei den Patient:innen nach Myokardinfarkt betraf dies 5%, bei Patient:innen mit Herzinsuffizienz 19% und bei Patient:innen mit Depression 25%. Häufig unterschieden sich die Charakteristika dieser Gruppe kaum von denen der Gesamt-Studienpopulation. Teilweise wohnten Patient:innen mit geringer Inanspruchnahme eher in ländlichen Regionen mit geringerer Versorgerdichte. Zudem gab es folgende krankheitsspezifische Unterschiede: Patient:innen mit Depressionen mit geringer Inanspruchnahme waren im Vergleich zur Studienpopulation tendenziell älter und männlich, bei Myokardinfarktpatient:innen mit geringer Inanspruchnahme waren eher weiblich und älter.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Ebenso ließ sich jeweils ein Versorgungsmuster identifizieren, das eine hohe Inanspruchnahme und in vielen Aspekten eine Behandlung in Anlehnung an die Leitlinie aufzeigte. Die Patient:innen dieses Versorgungsmusters wiesen auch je nach Erkrankung unterschiedliche Charakteristika auf: Bei Myokardinfarkt waren die Patient:innen tendenziell älter, bei Herzinsuffizienz etwas jünger, vermehrt männlich, hatten keine Pflegestufe, wohnten häufiger in ländlichen Regionen und nicht im Heim. Versicherte mit Depressionen des Clusters mit hoher Inanspruchnahme waren eher weiblich, jünger, lebten städtisch und wiesen geringere Komorbiditäten auf.

In einigen Analysen konnten Zusammenhänge zwischen den Versorgungsmustern und den Gesundheitsoutcomes identifiziert werden: In der Analyse zur Behandlung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz zeigte das Cluster mit Arztbesuchen ohne kontinuierliche Medikation tendenziell eine höhere Rehospitalisierungs- bzw. Sterbewahrscheinlichkeit. Gleichzeitig hatte das Cluster mit Arztbesuchen und Medikation ein signifikant geringeres Risiko für das Auftreten des negativen Gesundheitsoutcomes.

Im Vergleich zur Patientengruppe mit Depression und geringer Inanspruchnahme, erhöhte die Zugehörigkeit zum Cluster, in dem regelmäßig Ärzt:innen in Anspruch genommen wurden, den Gesundheitsoutcome negativ. Ebenso die Zugehörigkeit zu den Clustern mit regelmäßigen Arztkontakten und regelmäßiger Medikation oder dem mit zusätzlicher kontinuierlicher Psychotherapie erhöhte die Wahrscheinlichkeit für eine Hospitalisierung. Nicht auszuschließen ist, dass die verschiedenen Versorgungsmuster durch unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung begründet sind, deren Granularität nicht in den Routinedaten abbildbar sind. Für die Definition einer homogenen Patientengruppe bezüglich der Krankheitsschwere wurden die ICD-10-Diagnosen aus dem ambulanten und stationären Bereich herangezogen. Weitere Homogenisierungsansätze würden Versorgungsaspekte, wie Medikation oder Facharztbesuche, berücksichtigen – deren Inanspruchnahme war jedoch Fokus der Analysen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Die Analyse zeigte auf, dass eine steigende Anzahl der an der Versorgung beteiligten Ärzt:innen bei Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Depression signifikant die Wahrscheinlichkeit des jeweils betrachteten zu vermeidenden Gesundheitsoutcome erhöht. Eine Vielzahl von Versorgern ist demnach oft mit schlechteren Outcomes assoziiert, was auf Steuerungsdefizite in der Koordination hindeuten kann.

Hinsichtlich der kontinuierlichen Versorgung entsprechend der Leitlinienempfehlungen konnte gezeigt werden, dass Defizite in der Versorgung mit einem negativen Outcome in Zusammenhang stehen. So ist eine fehlende kontinuierliche Pharmakotherapie bei Herzinsuffizienzpatient:innen mit einer erhöhten Rehospitalisierungsrate assoziiert. Bei Myokardinfarkt entsprach die Versorgung überwiegend den Empfehlungen der Leitlinien und die Analysen zeigten keinen Zusammenhang zwischen der Versorgung und einem MACE.

Bei der Analyse empirischer Patientenpfade stellt sich oft die Frage nach Ursache und Wirkung. Auf Grundlage der Daten kann schwer ermittelt werden, ob eine höhere Anzahl an Versorgern/ Medikation zu einem Mehraufwand an Koordination und folglich zu einer Verschlechterung von Gesundheitsoutcomes führt oder ob die höhere Anzahl durch die Verschlechterung des Gesundheitszustandes indiziert ist.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Unser Ansatz war es daher, möglichst homogene Studienpopulationen je Analyse zu definieren, beispielsweise durch die Eingrenzung auf inzidente Diagnosestellungen, durch einen Aufgriff wegen eines inzidenten Krankenhausaufenthalts oder die Einschränkung der Schweregrade. Trotz dieser homogenen Populationsdefinition sehen wir Unterschiede im Leistungsausmaß bei der Behandlung der eingeschlossenen Erkrankungen. Inwieweit diese Unterschiede auf verbleibende Unterschiede im Schweregrad der Erkrankungen und einen damit einhergehenden höheren Behandlungsbedarf der Patient:innen oder auf systembedingte Unterschiede in der Versorgung zurückzuführen sind, kann nicht genau ermessen werden.

5.1 Stärken und Limitationen der Studie/Ergebnisse

Die vorliegende Studie stellt die Behandlungsmuster für vier ausgewählte Erkrankungen auf Grundlage von Krankenkassenabrechnungsdaten dar.

Diese lässt zu, ein umfassendes Bild über die Versorgung von Patient:innen über Versorgern und Zeit hinweg zu bieten, da alle abrechnungsrelevanten Leistungen erfasst sind. Diese Datenbasis erlaubte die Analyse von großen Patientenkohorten, unabhängig von potenziell verzerrenden Selektionen wie einer Studieneinwilligung.

Die beobachtbaren Versorgungsabläufe sind immer ein Ergebnis aus dem Zusammenspiel aus patienten- und versorgerseitigen Entscheidungen. Dies betrifft beispielsweise das individuelle Abwägen bei Medikation mit starken Nebenwirkungen, die somit begründet entgegen den Empfehlungen in den Leitlinien arztseitig nicht verordnet oder patientenseitig nicht eingenommen werden. Weiterhin kann die Analyse nicht Aufschluss darüber geben, ob eine Therapieform von Patient:innen nicht präferiert wird oder kein Angebot zur Verfügung steht.

Die Daten über einen Zeitraum von vier Jahren wurden für die Analyse verwendet. Ein längerer Zeitraum hätte weitere Informationen zu vergangenen Behandlungen und Diagnosen zugelassen. Damit wäre ein Populationsaufgriff noch valider möglich gewesen. Nichtsdestotrotz konnten in allen Analysen Daten von einem Jahr als Vorbeobachtungszeitraum genutzt werden. Zudem ist die Dauer einer Progression / Eskalation von Erkrankung jeweils unterschiedlich, weshalb ein längerer Nachbeobachtungszeitraum weitere interessante Ergebnisse mit sich bringen würde. Für die Analysen wurde jeweils die Gesundheitsversorgung über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr untersucht.

Im Projekt konnte ein hochmotiviertes und hinsichtlich der Expertise heterogenes Expert:innenpanel rekrutiert werden, das über mehrere Runden und mit hohem Konsens Indikatoren und Darstellungsformen von Versorgungspfaden diskutierten und bewerteten. Somit entstand ein Indikatorenset, das aus der Perspektive unterschiedlicher Fachdisziplinen und Patient:innenvertreter:innen als relevant eingeschätzt wurde und in Routinedaten abbildbar ist. Eine Vielzahl an Indikatoren musste ausgeschlossen werden, da Routinedaten keine klinischen Werte oder Therapieangebote, die Patient:innen vorgeschlagen werden, enthalten. Beides lässt sich in den Abrechnungsdaten, die die tatsächlich stattgefundenen Leistungen beschreiben, nicht abbilden. Die konsentierten Indikatoren stehen in Einklang mit den Empfehlungen in Leitlinien.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der Versichertenbefragung ist es gelungen mit einer Teilnahmerate von 14% einen hohen Rücklauf zu erzielen. Trotz einer sorgfältig ausgewählten Grundpopulation, die aufgegriffen wurde, an der Befragung teilzunehmen, sind Selektionseffekte nicht auszuschließen. Anhand der demographischen Merkmale lassen sich jedoch nur geringfügige Unterschiede zwischen angeschriebenen und teilnehmenden Versicherten feststellen. Den Versicherten wurde eine anonyme Auswertung zugesichert, um ein erwünschtes Antwortverhalten bei der Befragung zu minimieren. Weiterhin erlaubt die verknüpfte Analyse von Befragungs- und Abrechnungsdaten die zusätzliche Berücksichtigung der Patientenperspektive auf die Versorgungssituation.

Das Projekt vereint somit unterschiedliche Analyseansätze und Perspektiven, um die Versorgungsituation interdisziplinär und anhand diverser Methoden explorativ zu erforschen.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das Projekt hatte zum Ziel, die Versorgungssituation von Patient:innen mit den Erkrankungen Rückenschmerz, Herzinsuffizienz, Depression und Myokardinfarkt zu analysieren. Zu diesem Zweck wurden Analysen zur Gesundheitsversorgung anhand von deutschlandweiten Abrechnungsdaten einer großen Krankenkasse, ein Delphi-Prozess mit einem breiten Expert:innenpanel und eine umfassende Versichertenbefragung durchgeführt.

Die Analyse der Versorgung aller vier Erkrankungen zeigte, dass der Großteil der Versicherten mindestens teilweise Behandlungen entsprechend der Leitlinien erhielt. Es ließ sich jeweils ein Cluster oder eine Subgruppe an Patient:innen identifizieren, die bei ähnlicher Morbidität und Ausgangssituation, überdurchschnittlich viele Leistungen erhielt; teilweise auch deutlich mehr als in den Leitlinien empfohlen. Gleichzeitig fand sich in jeder der vier betrachteten Studienpopulationen auch ein Clustern oder eine Subgruppe an Patient:innen, die deutlich weniger Leistungen erhielt als in den Leitlinien empfohlen. Teilweise zeigten sich Versorgungsmuster, in denen im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung eine ambulante Weiterversorgung ausblieb. Die Ergebnisse geben Hinweise auf Über- und Unterversorgung. In den Prädiktionsmodellen ließen sich jedoch keine einheitlichen Assoziationen zwischen einer Zugehörigkeit zu einem Versorgungsmuster mit dem jeweils zu vermeidenden Outcome finden. Jedoch zeigen die Pfadanalysen, dass eine steigende Anzahl an beteiligten Leistungserbringenden an der Versorgung jeweils mit dem Auftreten eines negativen Gesundheitsoutcomes assoziiert ist.

Die Methodik der Pfadanalyse und die gewählte Darstellungsform kann bei weiteren Indikationen angewendet werden, um Versorgungssituationen zu analysieren und um Klarheit über tatsächliche Versorgungsrealitäten zu erhalten. Die angewandte Methodik erlaubt eine Clusterbildung von ähnlichen Behandlungssequenzen über die Zeit hinweg und somit eine Systematisierung und Beurteilung des tatsächlichen Versorgungsgeschehens. Sie erlaubt ebenfalls eine Einschätzung darüber, ob entlang eines Versorgungspfades über die Zeitachse hinweg, verglichen mit einer empfohlenen Versorgung, eine Über- oder Unterversorgung stattfindet. Insbesondere bei heterogener Versorgungslage von Patient:innen kann diese Analysemethode fundierte Evidenz schaffen und als Grundlage in Diskussionen über die Gesundheitsversorgung dienen.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bei der Ausgestaltung neuer oder Anpassung bestehender Steuerungselemente können die Ergebnisse der Versichertenbefragung und damit die Perspektive der Versicherten berücksichtigt werden. Beispielsweise zeigen die angegebenen Präferenzen, dass sich über 70% der Versicherten bei der Suche nach Fachärzt:innen Unterstützung wünschen. Bevorzugt wurde hierbei insbesondere ein Portal oder eine App, die Krankenkasse oder eine ärztliche Ansprechperson. Hinsichtlich einer potenziellen ersten Ansprechperson bei Gesundheitsfragen wurde von rund 44% eine ärztliche Ansprechperson gewünscht, rund 25% akzeptierte auch andere Gesundheitsprofessionen und der Rest beide Varianten in Teilen. Hervorzuheben ist, dass Patient:innen bereits überwiegend einen festen Ansprechpartner im Gesundheitswesen wählen (98%). Die Befragung zeigt jedoch, dass bestehende Steuerungselemente, wie das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung, den Versicherten häufig nicht bekannt sind. Zudem wurde ersichtlich, dass die Mehrheit der befragten Versicherten (65%) für eine schnellere und koordinierte Behandlung bereit ist, ihre Gesundheitsdaten mit ihren behandelnden Ärzt:innen zu teilen. Insgesamt ist festzustellen, dass ein Bedarf nach mehr Unterstützung bei der eigenen Versorgungskoordination mit dem Wunsch nach leichter Zugänglichkeit und fachlicher Expertise besteht. Sollten zusätzliche Steuerungselemente ins System implementiert werden, ist darauf zu achten, die Komplexität möglichst gering zu halten und für Transparenz zu sorgen. Zudem ist es wichtig, dass insbesondere bei der Anwendung oder Implementierung mehrerer paralleler Steuerungselemente, die Kompatibilität miteinander gründlich abgewogen wird.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

- Einreichung geplant: Analyse nach Myokardinfarkt
- Einreichung geplant: Analyse Depression
- Einreichung geplant: Analyse Herzinsuffizienz
- Einreichung geplant: Analyse Rückenschmerz
- Publikation: Akzeptanz, Präferenzen bei Steuerungselementen - Schüttig, W., Flothow, A., Schneider, U., Reddemann, O., Wilm, S., Sundmacher, L. (2025). Präferenz und Akzeptanz von strukturierenden Instrumenten. Deutsches Ärzteblatt Jg. 122 Heft 11 30.05.2025, https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/11/a614.pdf

IV Literaturverzeichnis

Ashrafian, Sarah; Schüssel, Katrin; Schlotmann, Andreas; Weirauch, Henriette; Brückner, Gabriela; Schröder, Helmut; Wissenschaftliches Institut der AOK (2024): Gesundheitsatlas Deutschland - Depressionen.

BBSR: Laufende Raumbeobachtung des BBSR - INKAR. Hg. v. Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Bonn. Online verfügbar unter https://www.inkar.de/.

Bertelsmann Stiftung (2007): Gesundheitspfad Rücken - Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Experten-Panel „Rückenschmerz“ der Bertelsmann Stiftung Gütersloh, Juni 2007.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung,. Online verfügbar unter www.kreuzschmzez.versorgungsleitlinien.de, zuletzt geprüft am 13.12.2022.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2022): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung. Version 3.2. 2022. Online verfügbar unter www.leitlinien.de, register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005.

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (DGG); Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM); Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN); Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK) et al. (2019): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 3. Auflage. Online verfügbar unter www.leitlinien.de/herzinsuffizienz, zuletzt geprüft am 13.12.2022.

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2022): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK, Version 6.0. Online verfügbar unter www.leitlinien.de/khk.

Deimel, Dominik; Müller, Marie-Luise (Hg.) (2012): Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Unter Mitarbeit von Thomas Bender. Stuttgart: Georg Thieme Verlag (kma-reader). Online verfügbar unter http://ebooks.thieme.de/9783131710413.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2017): ESC Pocket Guidelines: Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit persistierender ST-Streckenhebung (STEMI).

Enno Swart, Peter Ihle, Hoger Gothe, David Matusiewicz (Hg.) (2015): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Unter Mitarbeit von Huber. Online verfügbar unter https://www.hogrefe.com/de/shop/routinedaten-im-gesundheitswesen-71615.html, zuletzt geprüft am 26.02.2025.

Fitch, Kathryn (2001): The RandUCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: Rand. Online verfügbar unter https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf, zuletzt geprüft am 25.02.2025.

Flothow, Amelie; Novelli, Anna; Sundmacher, Leonie (2023): Analytical methods for identifying sequences of utilization in health data: a scoping review. In: *BMC medical research methodology* 23 (1), S. 212. DOI: 10.1186/s12874-023-02019-y.

Gabadinho, Alexis; Ritschard, Gilbert; Müller, Nicolas S.; Studer, Matthias (2011): Analyzing and Visualizing State Sequences in R with TraMineR. In: *J. Stat. Soft.* 40 (4). DOI: 10.18637/jss.v040.i04.

Gower, J. C. (1971): A General Coefficient of Similarity and Some of Its Properties. In: *Biometrics* 27 (4), S. 857. DOI: 10.2307/2528823.

Ibanez, Borja; James, Stefan; Agewall, Stefan; Antunes, Manuel J.; Bucciarelli-Ducci, Chiara; Bueno, Héctor et al. (2018): 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). In: *European heart journal* 39 (2), S. 119–177. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx393.

Jneid, Hani; Addison, Daniel; Bhatt, Deepak L.; Fonarow, Gregg C.; Gokak, Sana; Grady, Kathleen L. et al. (2017): 2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. In: *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes* 10 (10). DOI: 10.1161/HCQ.0000000000000032.

Jordan, Susanne; Hoebel, Jens (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland : Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (9), S. 942–950. DOI: 10.1007/s00103-015-2200-z.

Kassenärztliche Bundesvereinigung − Dezernat Versorgungsmanagement (2019): Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018 – Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

KBV - Zahlen (2025): KBV - Zahlen. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/zahlen.php, zuletzt aktualisiert am 25.02.2025, zuletzt geprüft am 25.02.2025.

Nyweide, David J.; Anthony, Denise L.; Bynum, Julie P. W.; Strawderman, Robert L.; Weeks, William B.; Casalino, Lawrence P.; Fisher, Elliott S. (2013): Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. In: *JAMA internal medicine* 173 (20), S. 1879–1885. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.10059.

OECD (2025): Health care use. Online verfügbar unter https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_KEY_INDIC&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq=.IMMUN……&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false.

Riens, B.; Erhart, M.; Mangiapane, S. (2012): Arztkontakte im Jahr 2007 - Hintergründe und Analysen. Hg. v. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Versorgungatlas). Online verfügbar unter https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID_14_Dok1_Bericht.pdf.

Rosenbaum, Paul R.; Rubin, Donald B. (1983): The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. In: *Biometrika* 70 (1), S. 41. DOI: 10.2307/2335942.

Schuettig, Wiebke; Sundmacher, Leonie (2022): The impact of ambulatory care spending, continuity and processes of care on ambulatory care sensitive hospitalizations. In: *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* 23 (8), S. 1329–1340. DOI: 10.1007/s10198-022-01428-y.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Statistisches Bundesamt (2025): Krankenhäuser in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html, zuletzt aktualisiert am 2025, zuletzt geprüft am 25.02.2025.

Studer, Matthias; Ritschard, Gilbert (2016): What Matters in Differences Between Life Trajectories: A Comparative Review of Sequence Dissimilarity Measures. In: *Journal of the Royal Statistical Society Series A: Statistics in Society* 179 (2), S. 481–511. DOI: 10.1111/rssa.12125.

Sundmacher, Leonie; Fischbach, Diana; Schuettig, Wiebke; Naumann, Christoph; Augustin, Uta; Faisst, Cristina (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. In: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 119 (11), S. 1415–1423. DOI: 10.1016/j.healthpol.2015.08.007.

Vanasse, Alain; Courteau, Josiane; Courteau, Mireille; Benigeri, Mike; Chiu, Yohann M.; Dufour, Isabelle et al. (2020): Healthcare utilization after a first hospitalization for COPD: a new approach of State Sequence Analysis based on the '6W' multidimensional model of care trajectories. In: *BMC health services research* 20 (1), S. 177. DOI: 10.1186/s12913-020-5030-0.

V Anlagen

Anlage 1:	Literaturrecherche
Anlage 2:	Delphi-Prozess mit Expert:innenpanel
Anlage 3:	Indikatorenliste (gesperrt bis 31.03.2026)
Anlage 4:	Routinedatenanalyse (gesperrt bis 31.03.2026)
Anlage 5:	Versichertenbefragung

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 1: Literaturrecherche

Insgesamt wurden in beiden Datenbanken 2.619 Treffer erzielt.

Suchstring je Datenbank

PubMed via Medline am 14.09.2021

Systematik des Suchstrings: „Synonyme von Versorgungsereignis“ & „Synonyme von Versorgungsempfehlung“ & „Synonyme von Gesundheitsbereich“
Einschränkung auf Menschen, Sprache: Deutsch oder Englisch, seit dem Jahr 2009.
Für den genauen Suchstring, siehe unten.

Ergibt insgesamt 1.172 Treffer.

Exakter Suchstring in PubMed

(“treatment indicator*”[tiab] OR

“indicator of treatment*”[tiab] OR

“indicators of treatment*”[tiab] OR

“medical indicator*”[tiab] OR

“care indicator*”[tiab] OR

“indicator of care”[tiab] OR

“indicators of care”[tiab] OR

“health indicator*”[tiab] OR

“quality indicator*”[tiab] OR

“indicator of qualit*”[tiab] OR

“indicators of qualit*”[tiab] OR

“Qualitätsindikator*”[tiab] OR

“Versorgungsindikator”[tiab] OR

“Behandlungsindikator”[tiab] OR

“Versorgungsevent*”[tiab] OR

“Behandlungsevent*”[tiab] OR

“medical event*”[tiab] OR

“care event*”[tiab] OR

“treatment event*”[tiab] OR

“health parameter*”[tiab] OR

“quality parameter*”[tiab] OR

“gesundheitsparameter*”[tiab] OR

“versorgungsparameter*”[tiab] OR

“behandlungsparameter*”[tiab] OR

“kennzahl*”[tiab] OR

“process indicator*“[tiab] OR

“outcome indicator*”[tiab] OR

“indicator of process*”[tiab] OR

“structure indicator*”[tiab] OR

“indicator of outcome”[tiab] OR

“indicator of structure*”[tiab] OR

“indicators of process*”[tiab] OR

“indicators of outcome”[tiab] OR

“indicators of structure*”[tiab])

AND

(Leitlinie* [tiab] OR

guideline* [tiab] OR

"treatment recommendation*"[Title/Abstract] OR

"medical recommendation*"[Title/Abstract] OR

Versorgungsempfehlung* [tiab] OR

"evidence-based"[Title/Abstract] OR

"evidence based"[Title/Abstract] OR

"based on evidence*"[Title/Abstract] OR

"Evidenzbasierte Behandlung*"[Title/Abstract] OR

"Evidenzbasierte Versorgung*"[Title/Abstract] OR

"guideline-recommended"[Title/Abstract] OR

"guideline recommended"[Title/Abstract] OR

"Evidenzniveau"[Title/Abstract] OR

"Evidenzbasis"[Title/Abstract] OR

AQUIK [tiab] OR

QISA [tiab] OR

adherence* [tiab] OR

Behandlungsstandard* [tiab] OR

"medical evidence"[Title/Abstract] OR

"clinical evidence"[Title/Abstract] OR

"prevalence based"[Title/Abstract] OR

"prevalence-based"[Title/Abstract] OR

“based on prevalence*”[tiab] OR

"health standard*"[Title/Abstract] OR

"care standard*"[Title/Abstract] OR

"standard of care"[Title/Abstract] OR

"disease management*"[Title/Abstract] OR

“practice-based*”[tiab] OR

“practice based*”[tiab] OR

“praxisorientiert*”[tiab] OR

“praxisbasiert*”[tiab])

AND

(ambulatory[Title/Abstract] OR

ambulant*[Title/Abstract] OR

stationary[Title/Abstract] OR

stationär*[Title/Abstract] OR

statutory[Title/Abstract] OR

intersektor*[Title/Abstract] OR

intersector*[Title/Abstract] OR

sektorübergreifend*[Title/Abstract] OR

hausärztlich*[Title/Abstract] OR

outpatient*[Title/Abstract] OR

inpatient*[Title/Abstract] OR

cross-sector*[Title/Abstract] OR

Versorgung*[Title/Abstract] OR

Behandlung*[Title/Abstract] OR

treatment*[Title/Abstract] OR

"care sector*"[Title/Abstract] OR

"health care"[Title/Abstract] OR

"Gesundheits*"[Title/Abstract] OR

"health insurance*"[Title/Abstract] OR

"health provision*"[Title/Abstract])

AND

("humans"[Mesh])

AND

(english[Language] OR german[Language])

AND

("2009/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])

ScienceDirect am 14.09.2021

Englische Suche: (ergibt 1.303 Treffer)
(indicator OR indicators) AND (recommendation OR recommendations OR guideline OR guidelines) AND (health OR care OR treatment)

Deutsche Suche: (ergibt 144 Treffer)

(Qualitätsindikatoren OR Indikator OR Qualitätsindikator OR Indikatoren)

Sprache: Deutsch oder Englisch, seit dem Jahr 2009.

Ergibt insgesamt 1.447 Treffer

Tabelle A1.1: PRISMA Darstellung der Selektion relevanter Literatur

				Ergebnisse Anzahl
Literaturbeschaffung - Suche	14.09.2021	ScienceDirect dt	144	2.619
		ScienceDirect en	1.303	
		PubMed	1.172	
Doublettencheck Endnote	14.09.2021	1. Titel, Jahr, Autor, Publisher: 202 Dubletten		2.517
		2. Titel, Jahr, Autor: 0 Dubletten		2517
		3. Titel, Jahr: 64 davon 32 Paper ausgeschlossen		2485
		4. Titel: 2 weitere ausgeschlossen		2483
		Nach Dublettencheck in Endnote		**2483**

Upload in Rayyan	14.09.2021	(2483 Titel in Rayyan geladen)		
Finaler Einschluss	21.12.2021	Phase 1 (Title/Abstract Screening) übereinstimmender Einschluss		274

Tabelle A1.2: Berechnung der Übereinstimmungsmaß anhand von Cohen's Kappa

		WS		
		Ein	**Aus**	
AF	**Ein**	188	74	262
	Aus	70	2140	2210
		258	2214	2472
p_o	0,94174757	Anteil tatsächliche Übereinstimmung		
p_e	0,81176752	Anteil zufälliger Übereinstimmung		
K	0,69052935	Maß der Übereinstimmung		

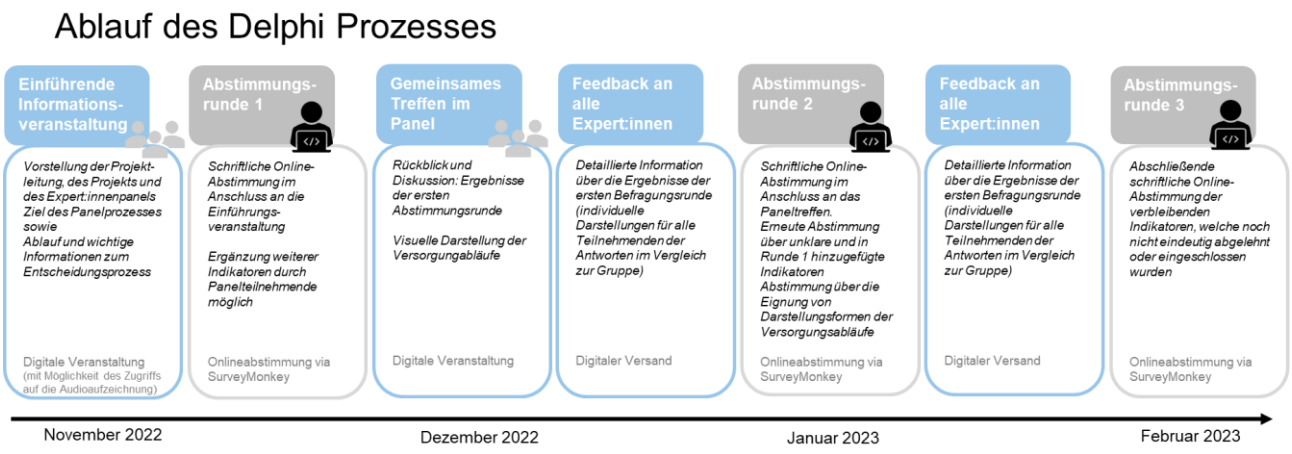


Abbildung A2.1: Ablauf des Delphi Prozesses im Projekt Pfad

Pfad

Muster der Inanspruchnahme – Analyse von empirischen Patientenpfaden und Befragung von Versicherten

Willkommen beim ersten Expertenpaneltreffen im Projekt Pfad

Prof. Dr. Leonie Sundmacher (TU München, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie)

Prof. Dr. Stefan Wilm, Olaf Reddemann (IFAM)

09.11.2022, Zoom

Konsortialpartner im Pfad

Technische Universität München

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Die Techniker

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Vorstellung des Projektteams

Projektleitung – Konsortialführung:	Prof. Dr. Leonie Sundmacher

- Leiterin des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie an der TU München

Forschungsschwerpunkte:
- Management im Gesundheitswesen, besonders intersektorales Qualitätsmanagement
- regionale Versorgungsforschung
- Evaluation neuer Versorgungsformen

Weitere Verantwortlichkeiten (Auszug):
- Mitglied d. wiss. Beirats zur Weiterentwicklung d. morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (seit 2018)
- Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung beim Bundesministerium für Gesundheit (seit 2022)

Projektmitarbeiterinnen:	Dr. Wiebke Schüttig	Amelie Flothow

Vorstellung des Projektteams

Ärztliche und praktische Expertise: Prof. Dr. Stefan Wilm

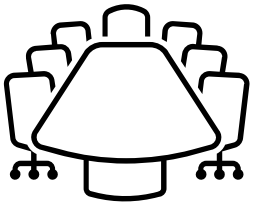
- Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, Arzt für Geriatrie
- hausärztliche Tätigkeit als Facharzt für Allgemeinmedizin in Köln (seit 1999)

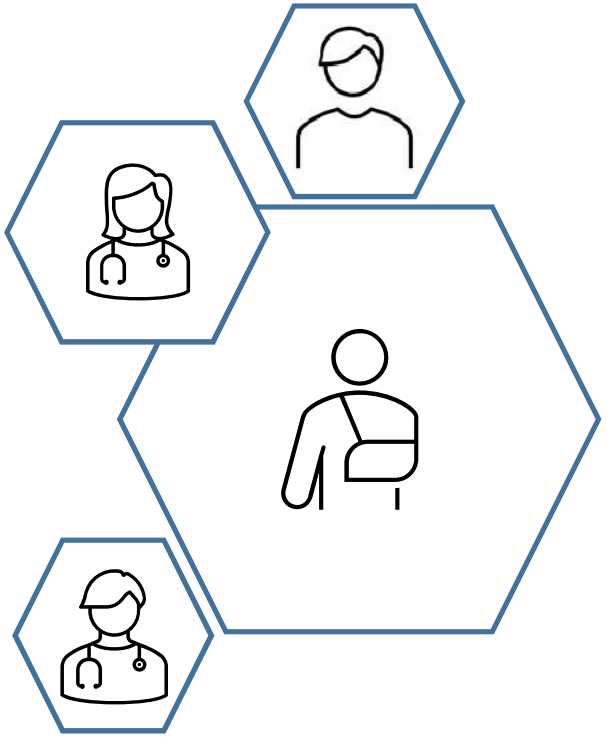
- Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (seit 2012)
- Gründungsmitglied des Centre for Health and Society der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (seit 2012)
- Forschung und Lehre im Fach Allgemeinmedizin (1986-1998 Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt; 1998 - 2007 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)

Projektmitarbeiter: Olaf Reddemann

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie und Psychotherapie
- wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- hausärztliche Tätigkeit als Facharzt für Allgemeinmedizin in Köln

Vorstellung der Expertengruppe





Teilnahme von Vertretern der Gruppen

I. Arztgruppe
   - Allgemeinmediziner:in
   - Psycholog:in/Psychotherapeut:in
   - FA für Psychiatrie und Psychotherapie
   - FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
   - FA für Physikalische Medizin und Rehabilitation
   - FA für Innere Medizin und Kardiologie
   - FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

II. Patientenvertreter:innen

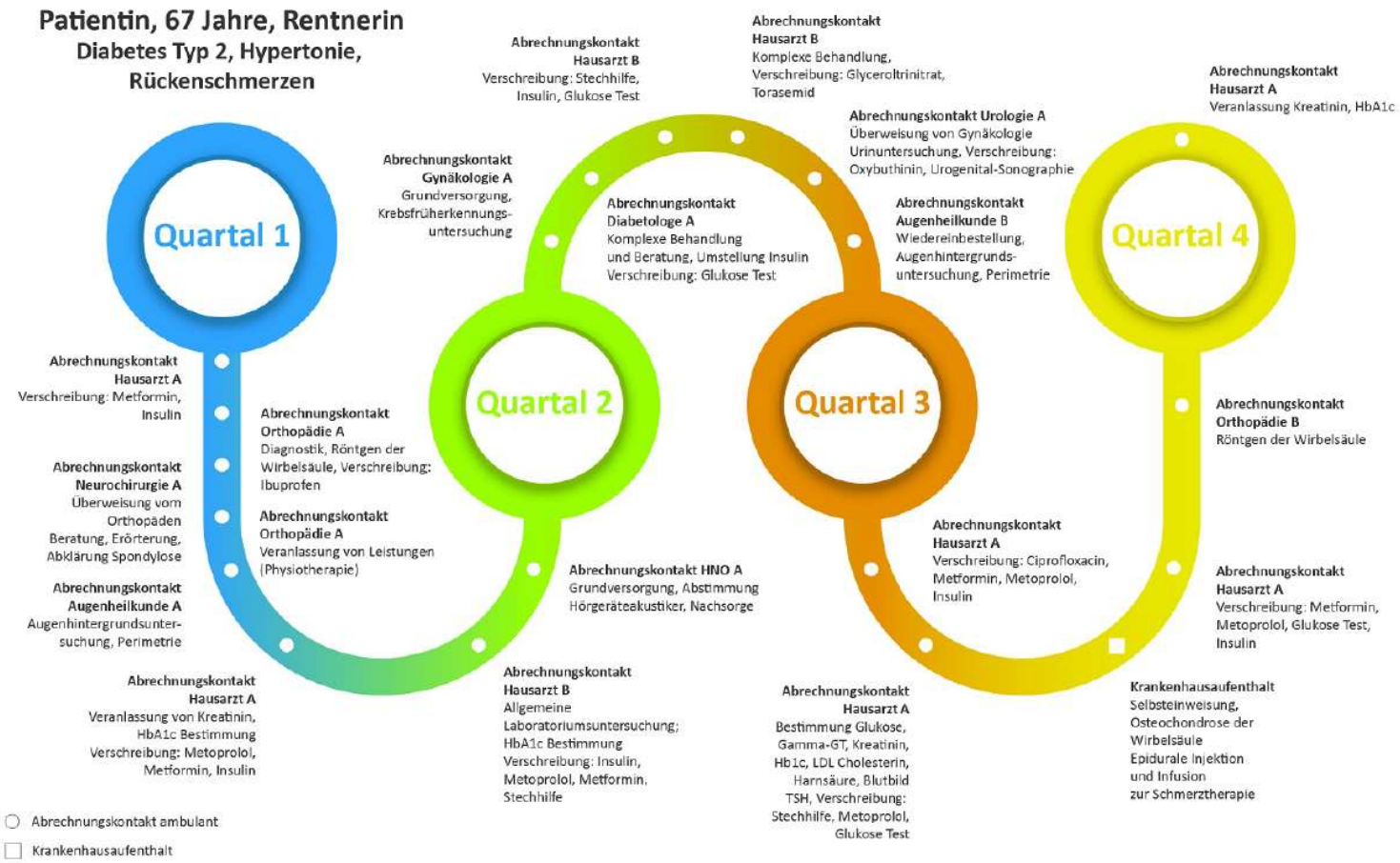
III. Pharmakologie

IV. Ambulante Pflegekraft / Hausärztliche Pflegekraft

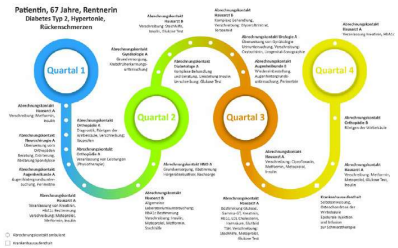
V. Physiotherapie

→ Breites Spektrum an Erfahrungen und Expertise in der Behandlung der Erkrankungen Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Rückenschmerz und Depression

Motivation des Projekts: Beispielhafter Patientenpfad



Motivation des Projekts: Beispielhafter Patientenpfad



Hintergrund

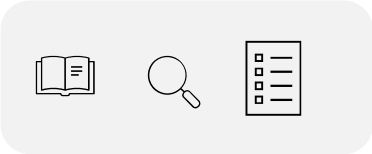
- Erhöhter Koordinationsbedarf und mögliche Steuerungsdefizite durch die freie Arztwahl und Informationslücken zwischen Leistungserbringern im deutschen Gesundheitswesen
- Steigendes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme durch Versorgungsbrüche nach der Krankenhausentlassung und in der ambulanten Weiterbehandlung [1,2]
- Über-, Unter und Fehlversorgung durch fehlende Kenntnisse über den Versorgungsverlauf von Patient:innen oder zu geringe Steuerung und Koordination der Patient:innen möglich
- Mögliche Senkung des allgemeinen Hospitalisierungsrisikos durch kontinuierliche ambulante Versorgung [3,4]

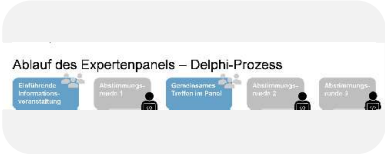
Projektziel

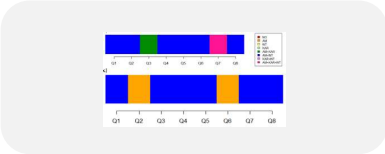
- Konsentierung von Indikatoren zur Koordination und Kontinuität in der Versorgung von: Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Depression, Rückenschmerz, übergeordnete Indikatoren
- Darstellung empirischer Patientenpfade um mögliche Steuerungsdefizite entlang der analysierten Pfade zu identifizieren

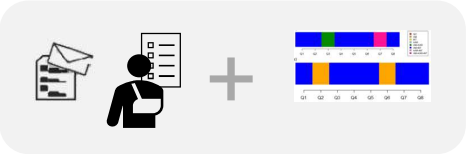
1.Deimel, D. & Müller, M.-L., 2013. Entlassmanagement - Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination, Stuttgart: Thieme Verlag KG.; 2. Rümenapf, G. et al., 2013. Readmissions of patients with diabetes mellitus and foot ulcers after infra-popliteal bypass surgery: attacking the problem by an integrated case management model. European Journal of Vascular Medicine, 42(1), pp.56–67. 3. Cheng, S., Chen, C. & Hou, Y., 2010. A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization: Evidence from a Universal Coverage Health Care System. Archives of Internal Medicine, 170(18), pp.1671–1677.; 4. Gill, J. & Mainous, A., 1998. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Archives of Family Medicine, 7(4), pp.352–357.

Projektübersicht: Pfad – Muster der Inanspruchnahme – Analyse von empirischen Patientenpfaden und Befragung von Versicherten









1. Literaturarbeit

- Systematische Literaturrecherche
- Identifikation von bestehenden (Qualitäts-) Indikatoren je Indikation

2. Expertenpanel

- Konsentierung von Steuerungsindikatoren, die für die Versorgung relevant sind
- Vorgehen nach der RAND UCLA Methode
- Einbindung eines breiten, an der Versorgung beteiligten Expertenpanel
- Indikatoren, die in Routinedaten abbildbar sind

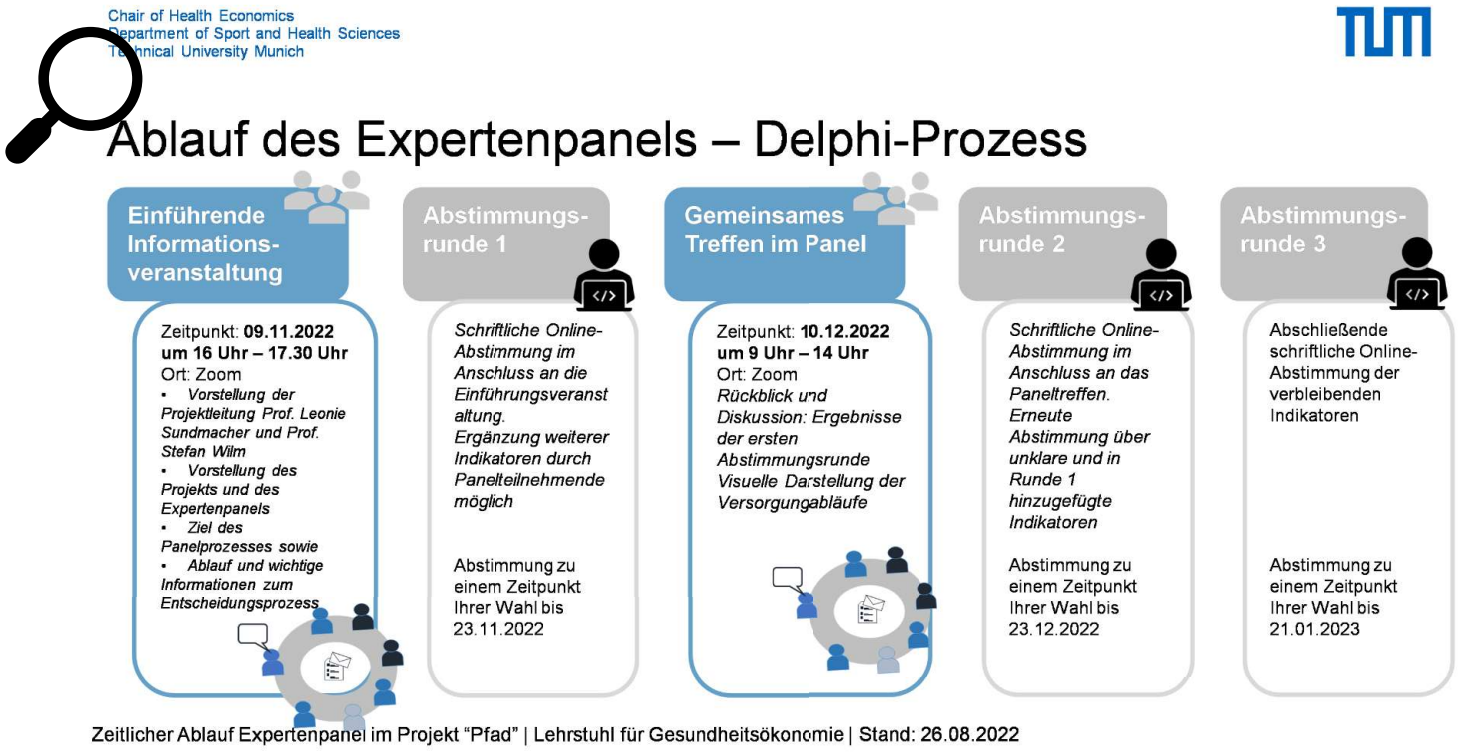
3. Routinedatenanalyse

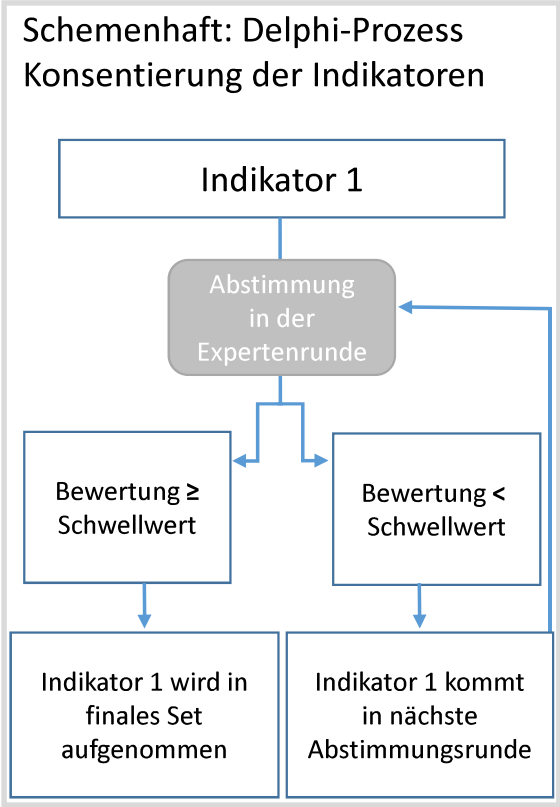
- Darstellung empirischer Patientenpfade
- Nutzung der im Konsentierungs-prozess herausgearbeiteten Indikatoren

4. Befragung von Versicherten

- Befragung hinsichtlich Motive und Präferenzen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Verknüpfung der Befragung mit Routinedatenanalyse

Ablauf des Panelprozesses





Panelprozess - Entscheidungskriterien

Beispiel

Indikatorbeschreibung	Die Wiederholung der Bildgebung ohne relevante Änderung des klinischen Bildes soll nicht erfolgen.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mehr als eine Bildgebung im Beobachtungsjahr erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerz (M54) kodiert wird.

Entscheidungskriterien je Indikator:

- **Nützlichkeit** des Indikators (im Sinne der Relevanz für die Versorgung, 5 Punkte Skala)
  - Beurteilung, wie relevant die Betrachtung des Indikators für eine *optimierte Versorgung* aus Ihrer Sicht ist
  - Beurteilung, wie relevant die Betrachtung des Indikators hinsichtlich der *Kontinutiät und Koordination* in der Versorgung aus Ihrer Sicht ist
- **Klarheit** der Beschreibung des Indikators
  Ist der Indikator für Sie eindeutig verständlich? (Ja / Nein) Möglichkeit der Angabe fehlender Informationen

Je Indikation

- **Subgruppen**
  Beurteilung, ob der Indikatoren für bestimmte Subgruppen gesondert betrachtet werden sollte oder nicht relevant ist
- Einschätzung von gesundheitlichen Ereignissen, die durch eine optimierte Versorgung angestrebt/vermieden werden sollten
- Aspekte der Kontinuität und Koordination, die bei der Versorgung relevant sind

Einblick: Abstimmungstool der Befragung I

Beispiel

Rückenschmerz - Indikator 1

Indikatorbezeichnung

Indikatorbeschreibung	Die Wiederholung der Bildgebung ohne relevante Änderung des klinischen Bildes soll nicht erfolgen.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mehr als eine Bildgebung im Beobachtungsjahr erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerz kodiert wird.

Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinutiät und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

Ist die Formulierung des Indikator für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

k.A.:
keine Angabe

Zurück Weiter

Navigation zwischen Indikatoren

- Fragen bleiben je Indikation gleich (HI, MI, Rücken, Depression)
- Angabe von k.A. sofern keine Angabe gemacht wird

Einblick: Abstimmungstool der Befragung II

Beispiel

Das Überspringen von Indikatoren einer Erkrankung ist möglich.

Depression

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Depression möglich.

144. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie Indikatoren von Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktische Erfahrungen liegen oder in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt. 0

- ◯ Starten der Beurteilung: Indikatoren zu Depression
- ◯ weiter zu den Indikatoren zu Rückenschmerz
- ◯ zurück zum Beginn der Indikatoren zu Herzinsuffizienz
- ◯ zurück zum Beginn der Indikatoren zu Myokardinfarkt

Navigation zwischen den Indikationsbereichen

Haben Sie noch weitere Fragen?

Fragen im Auftakttreffen I

- Für welche Erkrankungsbereiche kann/soll ich abstimmen?
  - Im Panel sind Teilnehmende verschiedener Fachdisziplinen vertreten, sodass wir Sie bitten insbesondere für den Bereich abzustimmen, in dem Ihr Schwerpunkt liegt.
    Im Allgemeinen können Sie jedoch über Indikatoren aller Erkrankungen abstimmen bei denen Sie sich auskennen und sich zutrauen eine Einschätzung abzugeben. Gerne können Sie die Indikatoren der anderen Erkrankungen überspringen.
    Sollten Sie bei einzelnen Indikatoren keine Einschätzung abgeben (wollen), beispielsweise weil Ihnen der Indikator nicht klar ist, können Sie k.A. (keine Angabe) angeben.
- Ich habe weitere Ideen und Vorschläge zu Indikatoren oder wichtige Aspekte die beachtet werden sollten
  - Das Einbringen neuer Aspekte ist sehr willkommen und stützen das Expertenpanel. Nutzen Sie beispielsweise das Freitextfeld am Ende jedes Erkrankungsbereichs oder das Kommentarfeld je Indikator für Ergänzungen. Alternativ können Sie gerne Amelie Flothow eine Mail senden oder die Punkte mit zur Panel-Diskussion am 10.12.2022 bringen. Dabei bitte mitnotieren auf welchen Indikator Sie sich beziehen.
- Kann ich meine Antworten vor der nächsten Befragung nochmal einsehen?
  - Nach Abschlussfrist der Umfrage (23.11.2022) kann die Befragung nicht mehr eingesehen werden. Es ist vorgesehen, dass Sie ihre eigene Abstimmung im Vergleich zu den gesamten Abstimmungsergebnissen vor dem nächsten Termin im Dezember zugesandt bekommen.
- Was mache ich wenn ich während der Abstimmung Fragen habe/Unklarheiten auftreten?
  - Bei jeglichen Rückfragen melden Sie sich direkt bei Amelie Flothow / Wiebke Schüttig.

Fragen im Auftakttreffen II

- Kann ich eine Antwort innerhalb einer Befragung ändern?
  - Über den „zurück zum vorherigen Indikator“-Knopf, gelangen Sie zum vorherigen Indikator.
    Wollen Sie alle Einschätzungen der Indikatoren einer Erkrankung nochmals prüfen/ändern, können Sie sich am Ende des Erkrankungsbereichs wieder zum Beginn desselben Erkrankungsbereich navigieren lassen und erneut durch die Indikatoren gehen.
- Kann ich meine Antworten in den folgenden Abstimmungsrunden revidieren?
  - Ja dazu ist das Design des Delphi-Prozesses. Der Austausch in der Diskussionsrunde kann (und soll) für die Beurteilung in der folgenden Abstimmungsrunde genutzt werden.
- Muss die Teilnahme an der Online-Befragung an einem bestimmten Termin erfolgen?
  - Sie können die Teilnahme zu einem Zeitpunkt Ihrer Wahl vor dem 23.11.22 durchführen. Eine Unterbrechung ist möglich. Schließen Sie dazu die Website und öffnen Sie beim nächsten Mal erneut den Link in der zugesandten Mail. Sie gelangen so zu Ihrem letzten Bearbeitungsstand. Empfohlen ist die Durchführung an einem Stück, um den Aufwand durch ein erneutes Eindenken in die Indikatorstruktur zu vermeiden.
- Kann die Befragung auch offline erfolgen?
  - Eine Möglichkeit zur offline Beantworten gibt es unserem Wissen nach leider nicht.
- Ich habe die Einwilligungserklärung zur Teilnahme noch nicht abgesendet. Was mache ich?
  - Bitte schicken Sie uns Ihre Einwilligung zur Teilnahme am Expertenpanel möglichst vor Bearbeitung des Fragebogens zu (Mail/Post).
- Wann erhalte ich die Aufwandsentschädigung?
  - Nach Teilnahme des und Abschluss des gesamten Panelprozesses.

Fragen im Auftakttreffen III

- Welche Cookie-Policy gibt es bei der Website surveymonkey.de?
  - Die auf der Umfrageseite verwendeten Cookies sind hier angegeben: https://www.surveymonkey.de/mp/legal/survey-page-cookies/ Sollten Sie aufgrund der Cookie-Policy Bedenken haben, geben Sie bitte Bescheid.
- Bitte beachten Sie, dass die Umfrage über folgende Mailadresse gesendet wird: chec-research.sg@tum.de via SurveyMonkey <member@surveymonkeyuser.com>

Literatur

1. Deimel, D. & Müller, M.-L., 2013. Entlassmanagement - Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination, Stuttgart: Thieme Verlag KG.
2. Rümenapf, G. et al., 2013. Readmissions of patients with diabetes mellitus and foot ulcers after infra-popliteal bypass surgery: attacking the problem by an integrated case management model. European Journal of Vascular Medicine, 42(1), pp.56–67.
3. Cheng, S., Chen, C. & Hou, Y., 2010. A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization: Evidence from a Universal Coverage Health Care System. Archives of Internal Medicine, 170(18), pp.1671–1677.
4. Gill, J. & Mainous, A., 1998. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Archives of Family Medicine, 7(4), pp.352–357.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Einführung und Übersicht

Liebe Teilnehmende des Expertenpanels im Projekt Pfad,

wir freuen uns, dass Sie an dem Panelprozess interessiert sind und an der Validierung von Indikatoren im Rahmen des Innovationsfondsprojekts "Pfad" teilnehmen.

Bei der Befragung steht die Versorgung von betroffenen Patienten und Patientinnen, mit einer der im Projekt inkludierten Erkrankungen im Zentrum. In dem Panel sind Ärzte und Ärztinnen aus dem ambulanten und dem stationären Sektor vertreten, sowie ambulante Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Vertreter und Vertreterinnen der Betroffenen. Durch die Konzeption eines breiten Expertenpanels, sollen die Indikatoren möglichst umfassend betrachtet werden. Aus diesem Grund bitten wir Sie, dass Sie den Fragebogen aus Ihrer eigenen Perspektive beantworten.

Zur Einschätzung der Indikatoren:
Sollten Sie die Präsentation der Auftaktveranstaltung erneut ansehen wollen, klicken Sie bitte hier *[Folien].*
Die angegebenen Indikatoren sind basierend auf Routinedaten des deutschen Gesundheitssystems abbildbar.
Um die Anzahl der Indikatoren minimal zu halten, sind manche Indikatoren allgemeiner gehalten. Bitte schätzen Sie hier die übergeordnete Relevanz des Indikators ein. Bei Einschluss wird er in einer weiteren Panelrunde spezifiziert.
Beispiel:
Runde 1: Einnahme eines Medikaments A.
Runde 2: Abstimmung über die Regelmäßigkeit der Einnahme.

Aufbau des Fragebogens:

- **Je Erkrankung sind 25-30 Indikatoren aufgeführt. Sie können Indikationsbereiche überspringen. Nutzen Sie gerne die Funktion, um insbesondere die Indikatoren der Erkrankung zu bewerten, in dessen Fachbereich Ihre Expertise liegt (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Depression, Rückenschmerz). Die Indikatoren sind je unterteilt in die Bereiche relevanter Prozess, Patientensicherheit (unerwünschtes Ereignis/Ergebnis), Kontinuität und Koordination.**

- **Anschließend an die Bewertung der Indikatoren, werden Sie nach einer Einschätzung von relevanten anzustrebenden Gesundheitsoutcomes bzw. nach Ereignissen, die durch eine optimierte Versorgung zu vermeiden sind, gefragt. Zudem besteht die Möglichkeit, Indikatoren zu ergänzen, die aus Ihrer Sicht für die Betrachtung der Koordination und Kontinuität in der Versorgung relevant sind.**

Bei technischen und inhaltlichen Fragen, Unklarheiten und Unzufriedenheiten(!) beim Abstimmungsprozess melden Sie sich bitte bei Amelie Flothow

(amelie.flothow@tum.de, 089-289-24467) oder Dr. Wiebke Schüttig (wiebke.schuettig@tum.de, 089-289-24676).

Hinweis: Es besteht die Möglichkeit, den Fragebogen zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzufahren. Nutzen Sie dazu den Link in der Email.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Wir freuen uns darauf, die Abstimmungsergebnisse und somit Ihre Einschätzungen der Indikatoren bei dem Paneltreffen am 10.12.2022 gemeinsam zu betrachten und zu diskutieren.

* 1. Einwilligung: In der Mail vom 28.10.2022 haben wir Ihnen eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Expertenpanel im Projekt "Pfad" zugesandt.

☐ Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Einwilligungserklärung erforderlich ist.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Herzinsuffizienz möglich.

* 1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktische Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Ich möchte mit den Indikatoren zur Herzinsuffizienz starten.
- ◯ Myokardinfarkt
- ◯ Depression
- ◯ Rückenschmerz
- ◯ weiter zum Abschluss der Befragung

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Im Folgenden werden zwölf Indikatoren zu relevanten Prozessen in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Relevanter Prozess: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche etc.) die auf Empfehlungen basieren.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die ACE-Hemmer ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Betablocker erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Betablocker (Bisoprolol, Carvedilol, Metoprololsuccinat mit verzögerter Wirkstofffreisetzung oder Nebivolol) ab Diagnosestellung verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 3 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz im NYHA Stadium 2-4, die Betablocker erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit NYHA 2-4, die Betablocker ab Diagnosestellung verordnet und erhalten haben**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 6 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Statine erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Statine dauerhaft ab Diagnosestellung verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Digitalis erhalten und deren Digoxin-Serum oder Digitoxin-Serum Spiegel kontrolliert wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Digitalis verordnet und erhalten haben und die eine Kontrolle des Digoxin- oder Digitoxin-Serum Spiegels erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, deren Serumelektrolyte und Nierenfunktion routinemäßig bestimmt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens alle zwei Quartale eine Bestimmung der Nierenfunktion und der Serumelektrolyte erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 9 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz mit assoziiertem Vorhofflimmern, die Antikoagulantien erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit assoziiertem Vorhofflimmern, die Antikoagulantien erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die eine Echokardiographie routinemäßig erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr eine Echokardiographie erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 11 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die eine Laboruntersuchung routinemäßig erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr eine Laboruntersuchung (Natrium, Calcium, Kreatinin, Kalium) erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 12 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Schutzimpfungen routinemäßig erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Grippeschutzimpfung oder eine Pneumokokken-Impfung im Beobachtungsjahr erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden sechs Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zur Bewertung dargestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr nichtselektive NSAID (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, weitere) oder selektive COX-2-Hemmer erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr nichtselektive NSAID (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, weitere) oder selektive COX-2-Hemmer verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 2 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Antiarrhythmika Klasse I und II (ohne Amiodaron), Kalziumkanalblocker (außer Amlodipin, Felodipin) oder nichtsteroidale Antiphlogistika erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens eines der folgenden Substanzen verordnet und erhalten haben: Antiarrhythmika Klasse I und II (ohne Amiodaron), Kalziumkanalblocker (außer Amlodipin, Felodipin) oder nichtsteroidale Antiphlogistika.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 3 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr Glitazone oder Thiazolidindione erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Glitazone oder Thiazolidini im Beobachtungsjahr verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen ambulanten Fall in der Notaufnahme haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen ambulanten Fall in der Notaufnahme haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 6 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die mehr als einen Krankenhausaufenthalt innerhalb des Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Krankenhausaufenthalte im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Im Folgenden werden dreizehn Indikatoren zu Koordination und Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Koordination und Kontinuität: Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient:innen eher empfohlen sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, die zeitnah bei einem Facharzt vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im selben oder im Folgequartal der Erstdiagnose einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie oder einem hausärztlichen Internisten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) erstmals kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 2 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die in einer Mindestanzahl an Quartalen des Beobachtungsjahrs bei einem Facharzt vorstellig sind.**
	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens x von vier Quartalen des Beobachtungsjahrs einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kardiologie oder einem hausärztlichen Internisten haben. **Hinweis: Die angemessene Anzahl wird im Folgenden erfragt.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Welche Mindestanzahl an Facharztbesuchen im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem Quartal

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

4. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ◯ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ◯ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 3 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit anhaltender Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr regelmäßig bei einem Hausarzt vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens alle zwei Quartale einen Abrechnungskontakt bei einem Hausarzt haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die regelmäßig bei einem Kardiologen vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen der Nenners, die mindestens alle sechs Quartale einen Abrechnungskontakt bei einem Kardiologen haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Arztkontakt zu einem Facharzt für Kardiologie mit Überweisung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie mit Überweisung im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 6 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Arztkontakt zu einem Internisten / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einem Internisten / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 7 - Koordination und Kontinuität

Die folgenden Indikatoren beziehen sich auf die Weiterbehandlung nach einer Hospitalisierung.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Anti-Aldosteron erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Anti-Aldosteron Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index-Hospitalisierung (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 8 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin ACE-Hemmer oder ARB erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei ACE-Hemmer oder ARB Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index-Hospitalisierung (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 9 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Warfarin erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im gleichen oder Folgequartal ambulant Warfarin verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 10 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiter ambulant behandelt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach Entlassung nach einem Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im selben oder im Folgequartal ambulant einen Arztkontakt (Allgemeinmediziner, Facharzt für Kardiologie, hausärztlicher Internist) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 11 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiter ambulant von einem Kardiologen behandelt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach Entlassung nach einem Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) innerhalb der folgenden vier Quartale einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie hat.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 12 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit kongestiver Herzinsuffizienz, die im Folgejahr der Index-Hospitalisierung mindestens eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach dem ersten stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose in mindestens einem der folgenden vier Quartalen eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Indikator 13 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit kongestiver Herzinsuffizienz, die im Folgejahr der Index-Hospitalisierung mindestens eine Echokardiographie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach dem ersten stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose in mindestens einem der folgenden vier Quartalen eine Echokardiographie erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Herzinsuffizienz - Offene Fragen

1. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz **zu vermeiden**?

2. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz **anzustreben**?

3. Welche Aspekte der Koordination und Kontinuität sind bei der Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz relevant?

4. Gibt es aus Ihrer Sicht Subgruppen für die die Betrachtung der Indikatoren der Erkrankung nicht relevant sind?

Beispielsweise Komorbiditäten, deren Behandlung die Versorgung der Herzinsuffizienz dominiert.

5. Weitere Kommentare

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Myokardinfarkt möglich.

1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktische Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Ich möchte mit den Indikatoren zum Myokardinfarkt starten.
- ◯ Depression
- ◯ Rückenschmerz
- ◯ zurück zum Beginn von Herzinsuffizienz
- ◯ weiter zum Abschluss der Befragung

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Im Folgenden werden 22 Indikatoren zu relevanten Prozessen in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Relevanter Prozess: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche etc.) die auf Empfehlungen basieren.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Acetylsalicylsäure Verschreibung im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr Acetylsalicylsäure verschrieben bekommen.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von oralen Betablockern im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung von Betablockern im Beobachtungsjahr.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 3 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die im Beobachtungsjahr Statine verschrieben bekommen.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung von Statinen im Beobachtungsjahr.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung doppelter Thrombozytenaggregationshemmung im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung doppelter Thrombozytenaggregationshemmung im Beobachtungsjahr.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung, die entweder ACE-Hemmer oder ARB (Angiotensin-II-Rezeptorblocker) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die entweder ACE-Hemmer oder ARB verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 6 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Thrombozytenaggregationshemmern im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners die Thrombozytenaggregationshemmer verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Nifedipin und anderen Dihydropyridinen, die keine Betablocker erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Betablocker verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr, die Nifedipin und anderen Dihydropyridinen verordnet und erhalten haben.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil an Patienten nach akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die sowohl Acetylsalicylsäure als auch einen NSAR (selektive COX-2-Inhibitoren und nicht-selektive NSAR) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Acetylsalicylsäure und NSAR (selektive COX-2-Inhibitoren und nicht-selektive NSAR) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 9 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten nach Akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die P2Y12-Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Acetylsalicylsäure erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners nach Akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die P2Y12-Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Acetylsalicylsäure verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Prasugrel bei Historie eines Schlaganfalls.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Prasugel bei Historie eines Schlaganfalls verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr und vorhergehendem Schlaganfall.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 11 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, deren LDL und HDL Werte im Beobachtungsjahr ambulant untersucht werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, deren HDL und LDL Werte im Beobachtungsjahr ambulant untersucht wurden.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 12 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit akutem Koronarsyndrom und durchgeführtem Angiogramm.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit akuten Koronarsyndrom und durchgeführtem Angiogramm.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt oder akutes Koronarsyndrom kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 13 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, bei denen eine Bewertung der linksventrikulären Ejektionsfraktion vorgenommen wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen eine Bewertung der linksventrikulären Ejektionsfraktion vorgenommen wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 14 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Anschlussreha an einen Myokardinfarkt.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Anschlussreha an einen Myokardinfarkt.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 15 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt ohne ST Hebung ohne Herzinsuffizienz und Verordnung eines niedrigdosierten ASS, einem P2Y12-Inhibitor und hochintensiven Statin im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners die niedrigdosiertes ASS, ein P2Y12-Inhibitor und hochintensives Statin verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 16 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und Herzinsuffizienz, bei denen eine Koronarrevaskularisation durchgeführt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen eine Revaskularisation durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und ohne Herzinsuffizienz im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 17 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit Reperfusionstherapie im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Reperfusionstherapie.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 18 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung und Erst-PCI.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Erst-PCI nach MI mit ST-Erhebung.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 19 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit PCI innerhalb des Folgejahres.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit PCI (perkutaner Koronarintervention) innerhalb von 12 Monaten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 20 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit STEMI und drug eluting stent (DES).**
Zähler	**Anzahl der Patienten mit PCI (perkutaner Koronarintervention) und drug eluting stent (DES).**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 21 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit PCI und drug eluting stent (DES).**
Zähler	**Anzahl der Patienten mit PCI und drug eluting stent (DES).**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt und PCI im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 22 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit Stent-Implantation nach primärer PCI.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Stent-Implantation.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden drei Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zur Bewertung dargestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhalten und den Folgemonat / das Folgejahr überleben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine PCI erhalten und mindestens 30 / 365 Tage überleben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt und PCI im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit einer 30-Tage-Wiederaufnahme.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners mit einer 30-Tage-Wiederaufnahme.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 3 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die innerhalb eines Monats / Jahres nach einem Myokardinfarkt versterben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die innerhalb eines Monats / Jahres versterben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Im Folgenden werden zwei Indikatoren zu Koordination und Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Koordination und Kontinuität: Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient:innen eher empfohlen sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem (a) Internist / fachärztliche Innere Medizin / (b) Kardiologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem (a) Internist / fachärztliche Innere Medizin / (b) Facharzt für Kardiologie mit Überweisung abgerechnet wurde.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die regelmäßig bei einem Hausarzt / Internist / Facharzt für Kardiologie vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die regelmäßig einen Abrechnungskontakt bei einem bei einem Hausarzt / Internist / Facharzt für Kardiologie im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr.**

1. Welche Mindestanzahl an Arztbesuchen im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem Quartal des Beobachtungsjahrs
- ◯ in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahrs
- ◯ in mindestens drei Quartalen des Beobachtungsjahrs
- ◯ in jedem Quartal des Beobachtungsjahrs

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

4. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ◯ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ◯ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Myokardinfarkt - Offene Fragen

1. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit Myokardinfarkt **zu vermeiden**?

2. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit Myokardinfarkt **anzustreben**?

3. Welche Aspekte der Koordination und Kontinuität sind bei der Versorgung von Patient:innen mit Myokardinfarkt relevant?

4. Gibt es aus Ihrer Sicht Subgruppen für die die Betrachtung der Indikatoren der Erkrankung nicht relevant sind?

Beispielsweise Komorbiditäten, deren Behandlung die Versorgung des Myokardinfarkts dominiert.

5. Weitere Kommentare

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Depression möglich.

1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktische Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Starten der Beurteilung: Indikatoren zu Depression
- ◯ weiter zu den Indikatoren zu Rückenschmerz
- ◯ zurück zum Beginn der Indikatoren zu Herzinsuffizienz
- ◯ zurück zum Beginn der Indikatoren zu Myokardinfarkt
- ◯ weiter zum Abschluss der Befragung

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Zunächst werden elf Indikatoren zu relevanten Prozessen in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Relevanter Prozess: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche etc.) die auf Empfehlungen basieren.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr eine Psychotherapie zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Psychotherapie verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit chronischer Depression, die im Beobachtungsjahr entweder eine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) oder eine stationäre Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) verordnet und erhalten haben und keinen stationären Aufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression anhaltend kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 3 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die im Beobachtungsjahr entweder eine ausreichende Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) oder eine stationäre Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben und einen Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger Depression, die im Beobachtungsjahr Psychotherapie oder ein Antidepressivum zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anteil der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige Depression akut kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression mit mindestens einer mittelschweren Episode, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva mindestens über zwei aufeinanderfolgenden Quartalen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens zwei aufeinanderfolgende Quartale Antidepressivum verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mindestens mittelgradige Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 6 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologischer Therapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva und eine Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinutiät und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit schwerer oder psychotischer Depression oder schwerer psychotischer Komorbidität, die Antidepressiva erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressivum mindestens acht aufeinanderfolgende Quartale verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression und chronischer physischen Komorbidität, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologischen Therapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva und eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologische Therapie verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression sowie eine chronische physische Komorbidität kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 9 - Relevanter Prozess

Die folgenden drei Indikatoren befassen sich mit der Einschätzung von routinemäßigen Untersuchungen bei der Einnahme von Lithium.

Indikatorbeschreibung	**Patient:innen mit rezidivierender Depression oder resistenter Depression, die Lithium erhalten und die eine Blutuntersuchung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Lithium und die eine Blutuntersuchung verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Patient:innen mit rezidivierender Depression oder resistenter Depression, die Lithium erhalten und deren Calciumspiegel durch eine Blutuntersuchung regelmäßig untersucht wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Lithium verordnet und erhalten haben und die eine Blutuntersuchung: Calcium alle drei Monate/ alle sechs Monate erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 11 - Relevanter Prozess

Indikatorbeschreibung	**Patient:innen mit rezidivierender Depression oder resistenter Depression die Lithium erhalten und deren Nieren- und Schilddrüsenfunktion regelmäßig geprüft wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Lithium verordnet und erhalten haben und deren Nieren- und Schilddrüsenfunktion alle drei Monate/ alle sechs Monate überprüft wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden sieben Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zur Bewertung dargestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit leichten depressiven Episoden, die Antidepressiva zur Erstbehandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression erstmals kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 2 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit leichter Depression ohne psychische Komorbidität, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressivum (mindestens einmal) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression ohne psychische Komorbidität kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 3 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit leichter Depression, die Benzodiazepine oder z-Substanzen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Benzodiazepine oder z-Substanzen verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 4 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, die Ketamin ambulant erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Ketamin verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 5 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, die mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 6 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr mehr als einen Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mehr als einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose (ICD) haben. (Wiederholter Krankenhausaufenthalt)**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 7 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, die einen stationären Aufenthalt haben und nach Entlassung eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraum (z.B. 30 Tage, 90 Tage) stattfindet.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben und eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums stattfindet.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinutiät und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikator für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 1 - Kontinuität

Im Folgenden werden acht Indikatoren zu Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Koordination und Kontinuität: Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient:innen eher empfohlen sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression, die kontinuierlich über mindestens 180 Tage (6 Monate) Antidepressiva zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die über mindestens zwei Folgequartale Antidepressiva verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 2 - Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression, die im Folgequartal der Diagnosestellung bei einem Arzt im ambulanten Bereich vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Folgequartal der Erstdiagnose ambulant einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Hausarzt oder Psychiater) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 3 - Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit schwerer oder psychotischer Depression oder schweren psychotischer Komorbidität, die im Beobachtungsjahr ambulant bei einem Psychiater oder einem Allgemeinmediziner vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens in einem Quartal einen Abrechnungskontakt zu eine:m Psychiater:in oder eine:n Hausarzt:in haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinutiät und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 4 - Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr regelmäßig bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in jedem Quartal einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Psychiater:in oder Psychotherapeut:in) haben.**
Nenner	**Anteil der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 5 - Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression und kontinuierlichem Arztkontakt im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens x Quartalen einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut, FA für psychosomatische Medizin, FA Psychiatrie) haben.** **Hinweis: Die Anzahl der Quartale in denen ein Arztkontakt stattfinden soll, wird im Folgenden erfragt.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Welche Mindestanzahl an Facharztbesuche im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem der vier Quartale des Beobachtungsjahrs

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

4. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ◯ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ◯ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 6 - Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, die nach Absetzten der Antidepressivabehandlung regelmäßigen Arztkontakt halten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva mindestens einmalig in Anspruch genommen haben, die Medikation absetzen und in den zwei Folgequartalen ambulante Abrechnungskontakte haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 7 - Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, mit längerer AU-Zeit im Beobachtungsjahr ohne Ansatz einer intensivierten Behandlung.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) in Folge haben und keine Antidepressiva oder Psychotherapie verordnet und erhalten haben oder einen stationären Aufenthalt haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Indikator 8 - Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression, der nach einem stationären Aufenthalt (aufgrund der Diagnose) spätestens im Folgequartal ambulant bei einem FA für Psychiatrie, FA für Psychosomatik oder einem FA für Psychotherapie vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben und im Folgequartal einen ambulanten Abrechnungskontakt zu einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie, für Psychosomatik oder für Psychotherapie haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) nicht relevant	(2)	(3) mittelmäßig	(4)	(5) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Depression - Offene Fragen

1. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit Depression **zu vermeiden**?

2. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit Depression **anzustreben**?

3. Welche Aspekte der Koordination und Kontinuität sind bei der Versorgung von Patient:innen mit Depression relevant?

4. Gibt es aus Ihrer Sicht Subgruppen für die die Betrachtung der Indikatoren der Erkrankung nicht relevant sind?

Beispielsweise Komorbiditäten, deren Behandlung die Versorgung der Depression dominiert.

5. Weitere Kommentare

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Rückenschmerz möglich.

* 1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktische Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Start der Beurteilung der Indikatoren zu Rückenschmerz
- ◯ zurück zum Beginn von Herzinsuffizienz
- ◯ zurück zum Beginn von Myokardinfarkt
- ◯ zurück zum Beginn von Depression
- ◯ weiter zum Abschluss der Befragung

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Im Folgenden wird ein Indikator zu relevanten Prozessen in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Relevanter Prozess: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche etc.) die auf Empfehlungen basieren.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit anhaltendem Rückenschmerz, die eine multimodale Schmerztherapie ambulant oder stationär erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine multimodale Schmerztherapie (OPS-2022 8-918) ambulant oder stationär erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz anhaltend kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden 22 Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zu Beurteilung vorgestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit akuten Rückenschmerzen, bei denen im Beobachtungsjahr bei ihrem ersten ambulanten Arztbesuch eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Besuch aufgrund von Rückenschmerzen ein Röntgenbild der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr eine Neu-Kodierung von unspezifische Rückenschmerzen stattfindet.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 2 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Rate der Patient:innen mit Rückenbeschwerden, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen mehr als einmal ambulant eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Kreuzschmerzen kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 3 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Rückenbeschwerden, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal ein MRT der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen mehr als einmal ambulant ein MRT der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 4 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit erstmaligen unspezifischen Rückenschmerzen, die eine Überweisung an einen Facharzt erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im gleichen Quartal oder im Folgequartal der Erst-Kodierung eine Überweisung zu einem Facharzt (FA für Orthopädie und Unfallchirurgie oder FA für Neurochirurgie) erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerzen (M54) neu-kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 5 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die Gabapentin, Pregabalin, Topiramat oder Carbamazepin zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens eines der folgenden Medikamente verordnet und erhalten haben: Gabapentin, Pregabalin, Topiramat und Carbamazepin.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 6 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Kreuzschmerz, die die Kombination Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die als Medikation Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure kombiniert verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 6 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die ohne relevante Komorbidität Antidepressiva zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerz kodiert wurden und die keine psychische Komorbidität kodiert haben.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 7 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die Opioide zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Opioide (ATC N02A) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 8 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die eine Opoidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Opioidanalgetika-Therapie in mehr als drei Quartalen in Folge verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 9 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit akuten oder subakuten unspezifischen Rückenschmerzen, die transdermale Opioide erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die transdermale Opioide verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungszeitraum unspezifischer Rückenschmerz (M54) akut oder subakut kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 10 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit anhaltenden unspezifischen Rückenschmerzen, die eine Nicht-Opiodanalgetika-Therapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Nicht-Opioidanalgetika-Therapie verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) anhaltend kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 11 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz mit Dauermedikation ohne weitere Therapieansätze durch weitere Fachgruppen.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die über zwei Quartalen in Folge Medikation in Anspruch nehmen und keine Überweisung an Fachärzte (Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Psychotherapie oder Rehabilitative Medizin oder Physiotherapie) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 12 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die Glukokortikoide und Mischinfusionen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Glukokortikoide und Mischinfusionen verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 13 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und COX-2 oder NSAR als Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die COX-2 Hemmer oder NSAR verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 14 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen mit Komorbidität Gastritis oder Ulcus, die mit NSAR behandelt werden jedoch keinen Protonenpumpenhemmer erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die NSAR jedoch keine Protonenpumperhemmer verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 15 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit akuten unspezifischen Rückenschmerzen, die, *die ausgewählte Behandlung* erhalten.** **Hinweis: Im folgenden kann die Behandlung ausgewählt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die *die ausgewählte Behandlung* verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) akut kodiert wird.**

1. Die Information über die Durchführung welcher *Behandlungen* schätzen Sie als relevant für die Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?
Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Beachten Sie: hier ist gefragt welche der angegebenen Behandlungen ein relevantes unerwünschtes Ereignis ist.

- ◯ Muskelrelaxanzien
- ◯ transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
- ◯ perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)
- ◯ Traktion mit Gerät
- ◯ Kältetherapie
- ◯ Massage
- ◯ Akupunktur
- ◯ Ergotherapie
- ◯ therapeutischen Ultraschall
- ◯ Kinesiotaping
- ◯ Interferenzstromtherapie

2. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ◯ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

- ◯ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 16 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit anhaltenden unspezifischen Rückenschmerzen, die *die Behandlung* erhalten.** **Hinweis: die Behandlung wird im Folgenden spezifiziert.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die *die Behandlung* erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) anhaltend kodiert wird.**

1. Die Information über die Durchführung welcher *Behandlungen* schätzen Sie als relevant für die Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

Eine Mehrfachauswahl ist möglich. Beachten Sie: hier ist gefragt welche der angegebenen Behandlungen ein relevantes unerwünschtes Ereignis ist.

- ◯ Muskelrelaxanzien
- ◯ transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
- ◯ perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)
- ◯ Kinesiotaping
- ◯ Interferenzstromtherapie
- ◯ Orthesen oder/und Schuheinlagen

2. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ◯ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ◯ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 17 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerzen, die auf Grund der Diagnose operativ behandelt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen im Nenner, die einen geplanten (Einweisung im KH: nicht Notfall) KH-Aufenthalt mit Rückenschmerzen als Hauptdiagnosehaben und einem operativem Eingriff.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 18 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die eine ungeplante stationäre Behandlung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine ungeplante stationäre Behandlung (stationärer Aufenthalt mit Aufnahmeanlass Notfall) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 19 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt, bedingt durch die Diagnose, haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)
- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 20 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die im Beobachtungsjahr mindestens zwei Krankenhausaufenthalte, bedingt durch die Diagnose, haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens zwei Krankenhausaufenthalte aufgrund der Diagnose haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 21 - Patientensicherheit

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit akutem unspezifischem Rückenschmerz, die eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von über 14 Tagen im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, deren Arbeitsunfähigkeitsdauer in den vergangenen vier Quartalen mehr als 14 Tage beträgt.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungszeitraum unspezifische Kreuzschmerzen (M54) akut kodiert wurden.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Im Folgenden werden zwei Indikatoren zu Koordination und Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

<u>Koordination und Kontinuität:</u> Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient:innen eher empfohlen sind.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die von einem Allgemeinarzt bei ihrer Behandlung kontinuierlich begleitet werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die *regelmäßig* denselben Allgemeinarzt besuchen und deren Überweisungsscheine von dem gleichem Allgemeinarzt ausgestellt werden.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Welche Anzahl an Arztbesuchen schätzen Sie als angemessen ein im Beobachtungsjahr?

- ◯ in mindestens einem Quartal des Beobachtungsjahrs
- ◯ in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahrs
- ◯ in mindestens drei Quartalen des Beobachtungsjahrs
- ◯ in jedem Quartal des Beobachtungsjahrs

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Kontinuität und Koordination bei der Versorgung</u> der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯

4. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.
- ◯ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
  (Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

  [ ]

- ◯ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Indikator 2 - Koordination und Kontinuität

Indikatorbeschreibung	**Anzahl der Leistungerbringer, die an einer gleichen Leistung beteiligt sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die dasselbe Medikament oder dieselbe Prozedur von mehr als einem Leistungserbringer erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinutiät und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

nicht relevant (1)		mittelmäßig (3)		sehr relevant (5)	k. A.
○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikator für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja, der Indikator ist klar verständlich und eindeutig.

○ Folgende ergänzende Informationen sind notwendig:
(Sollte der Platz nicht ausreichen, schreiben Sie uns gerne separat.)

○ k.A.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R1)

Rückenschmerz - Offene Fragen

1. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz **zu vermeiden**?

2. Welche gesundheitlichen Ereignisse oder Ergebnisse gilt es bei der Versorgung von Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz **anzustreben**?

3. Welche Aspekte der Koordination und Kontinuität sind bei der Versorgung von Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz relevant?

4. Gibt es aus Ihrer Sicht Subgruppen für die die Betrachtung der Indikatoren der Erkrankung nicht relevant sind?

Beispielsweise Komorbiditäten, deren Behandlung die Versorgung des Rückenschmerzes dominiert.

5. Weitere Kommentare

Ende der Befragung

Sie sind nun am Ende der Befragung angekommen.

Sollten Sie zum Beginn eines Erkrankungsbereiches nochmal zurück wollen, können Sie diesen hier wählen oder weiter zum Abschluss der Abstimmung gehen.

* 1. Sollten Sie zum Beginn eines Erkrankungsbereiches nochmal zurück wollen, können Sie diesen hier wählen oder weiter zum Abschluss der Abstimmung gehen.

- ◯ zurück zum Beginn von Herzinsuffizienz
- ◯ zurück zum Beginn von Myokardinfarkt
- ◯ zurück zum Beginn von Depression
- ◯ zurück zum Beginn von Rückenschmerz
- ◯ weiter zum Abschluss der Befragung

Abschluss

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre abgegebenen Einschätzungen.

Wir freuen uns auf den Austausch beim kommenden Expertenpanel!

1.

Umfrage abschließen

Es besteht die Möglichkeit Ihre Ergebnisse im Nachhinein zu verändern.

☐ Abschluss der Umfrage

Auswertung der 1.Runde des Expertenpanels im Projekt Pfad

Dezember 2022

Vertraulich/Persönlich: Dieser Abstimmungsbogen enthält eine Übersicht über alle Antworten ohne persönlichen Bezug..

Bewertung der Indikatoren in Runde 1 des Delphi-Prozesses

Die aggregierten Abstimmungsergebnisse des Expertenpanels werden im Folgenden dargestellt. Das beinhaltet die Indikatorbeschreibung, den Zähler und den Nenner, das Abstimmungsergebnis des Panels sowie Ihre eigenen Abstimmungen in der ersten Runde.
Basierend auf den Abstimmungsergebnisse der ersten Runde können Indikatoren rausgewählt, eingeschlossen oder unentschieden sein. Eingeschlossen wird ein Indikator, wenn mehr als 75% der Stimmen den Indikator für relevant erachtet (Skala 4 oder 5). Ein Indikator wird direkt ausgeschlossen, wenn mehr als 75 % der Stimmen den Indikator als nicht relevant (Skala 1 oder 2) eingeschätzt hat. Die restlichen Indikatoren werden in der folgenden Runde erneut aufgenommen.
In dem folgenden Dokument wird je Erkrankung eine kurze Übersicht über die Abstimmungsergebnisse gegeben. Anschließend sind je Indikator auf einer Seite die Abstimmungsergebnisse und Ihr eigenes Ergebnis aggregiert. Im Anschluss werden die Beiträge zu den offenen Fragen aggregiert aufgelistet.
* Die Abstimmungen und Beiträge zu **Herzinsuffizienz** sind auf S. 2 - S.37 aufgeführt
* Die Abstimmungen und Beiträge zu **Myokardinfarkt** sind auf S.38 - S.69 aufgeführt
* Die Abstimmungen und Beiträge zu **Herzinsuffizienz** sind auf S.70 - S.99 aufgeführt
* Die Abstimmungen und Beiträge zu **Herzinsuffizienz** sind auf S.100 - S.128 aufgeführt

Herzinsuffizienz

Überblick über die Bewertungen der Indikatoren zu Herzinsuffizienz

Kategorie	Einschluss	Ausschluss	Unentschieden	Gesamtanzahl
Relevante Prozesse	6	0	6	12
Patientensicherheit	2	0	4	6
Kontinuität und Koordination	3	0	10	13

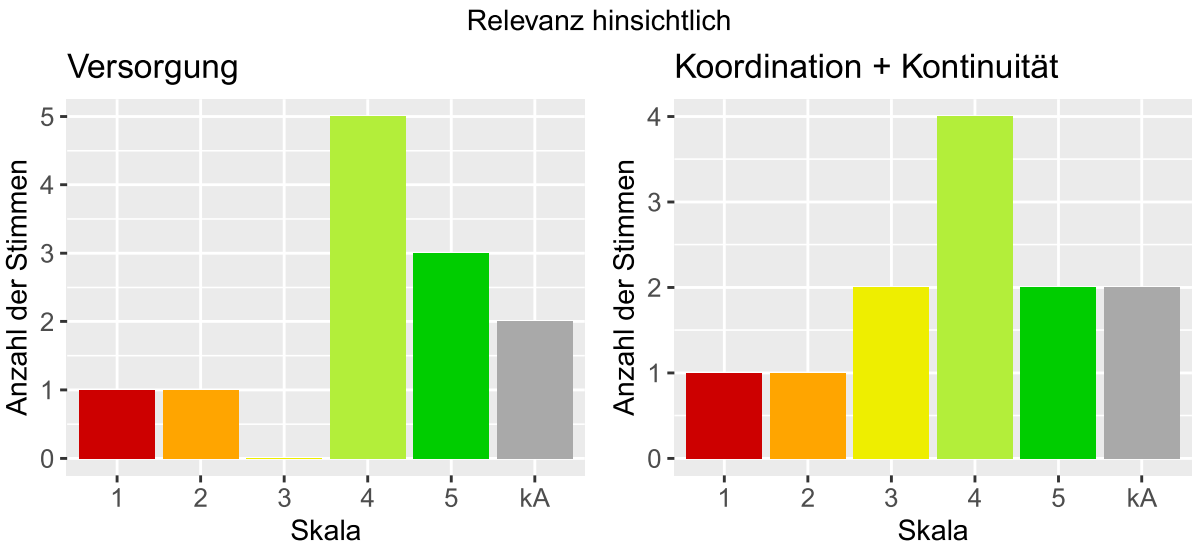
Die Bewertungen der Indikatoren zu Herzinsuffizienz sind auf den folgenden Seiten detailliert beschrieben.

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die ACE-Hemmer erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die ACE-Hemmer ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

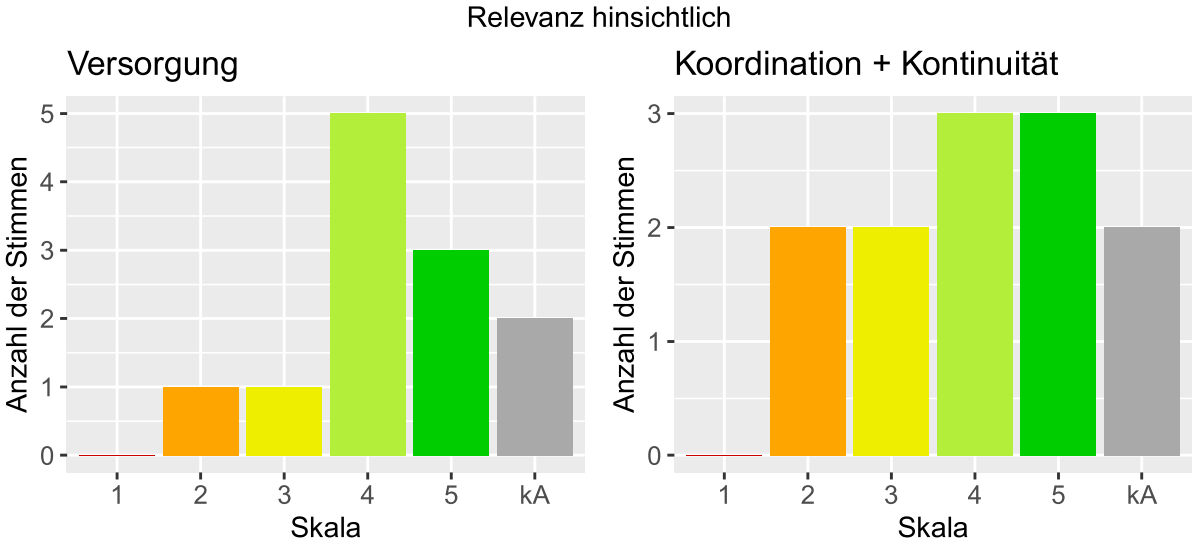
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Betablocker erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Betablocker (Bisoprolol, Carvedilol, Metoprololsuccinat mit verzögerter Wirkstofffreisetzung oder Nebivolol) ab Diagnosestellung verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

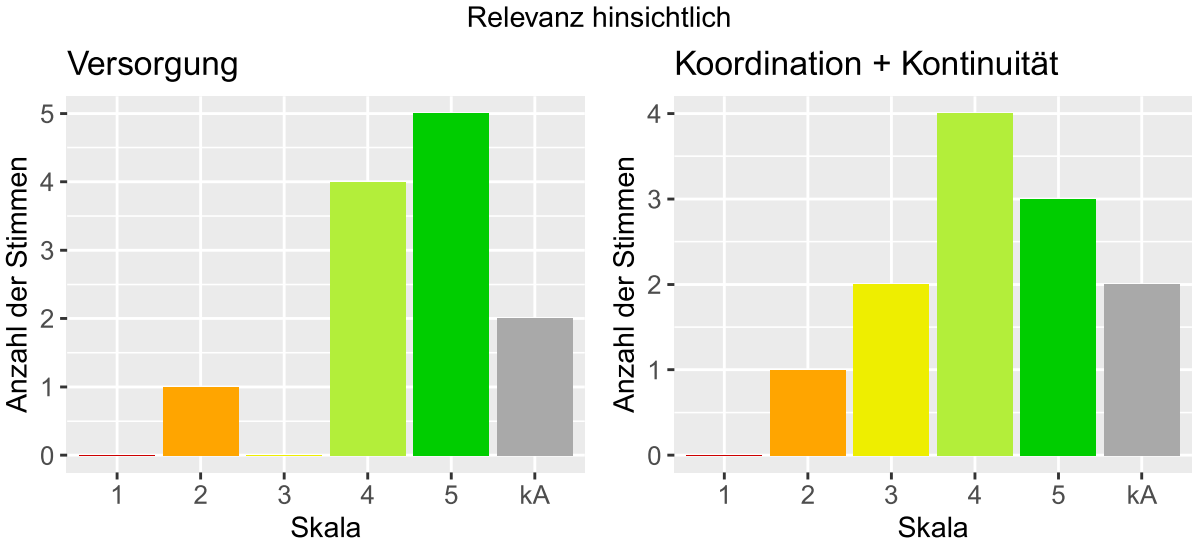
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 3 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz im NYHA Stadium 2-4, die Betablocker erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit NYHA 2-4, die Betablocker ab Diagnosestellung verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

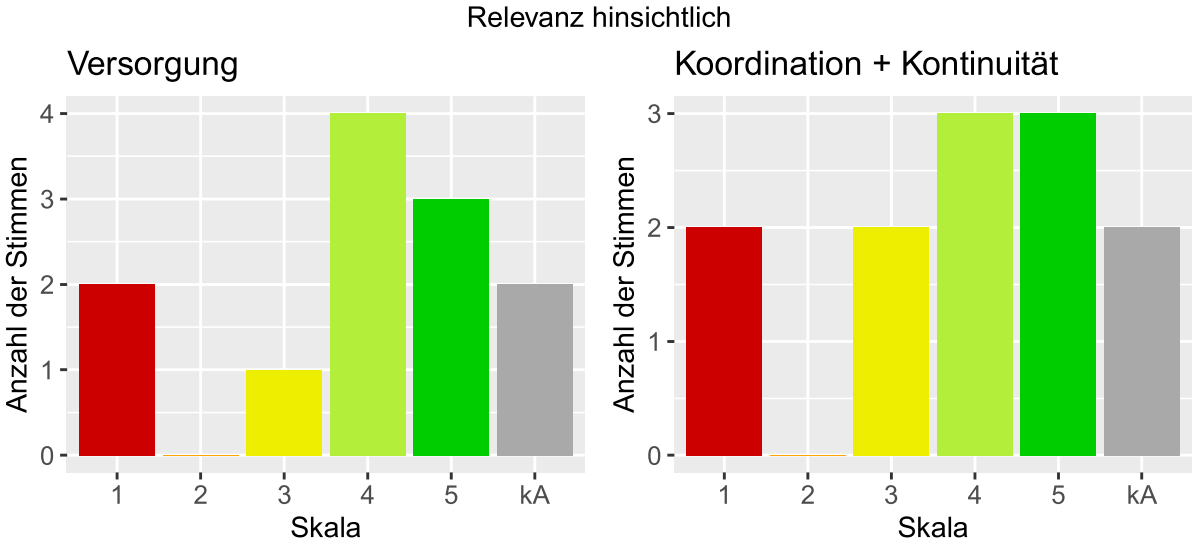
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Angiotensin-IIRezeptorblocker (ARB) erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

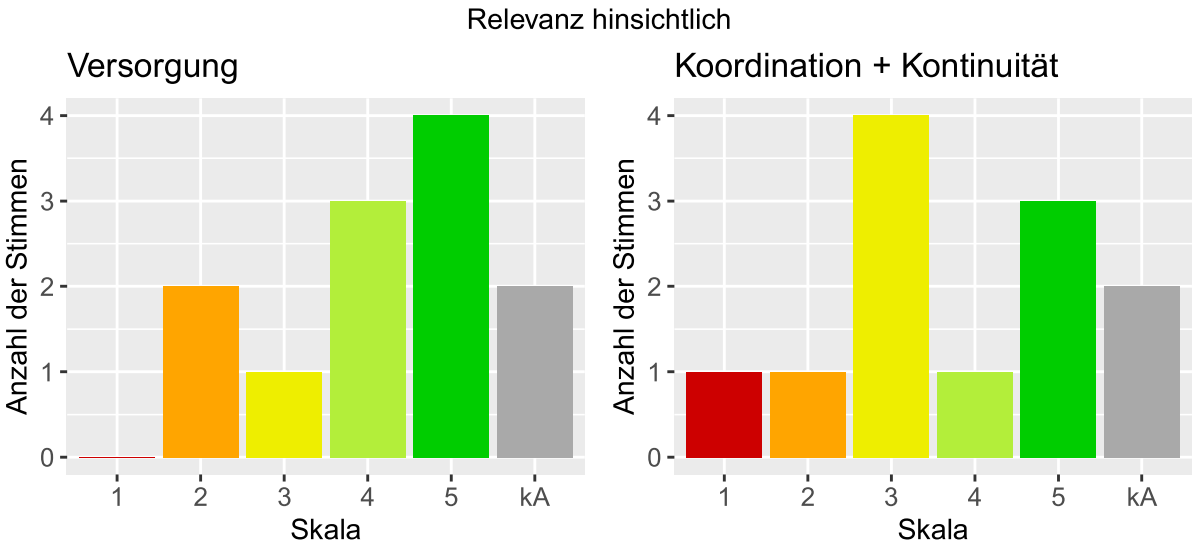
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

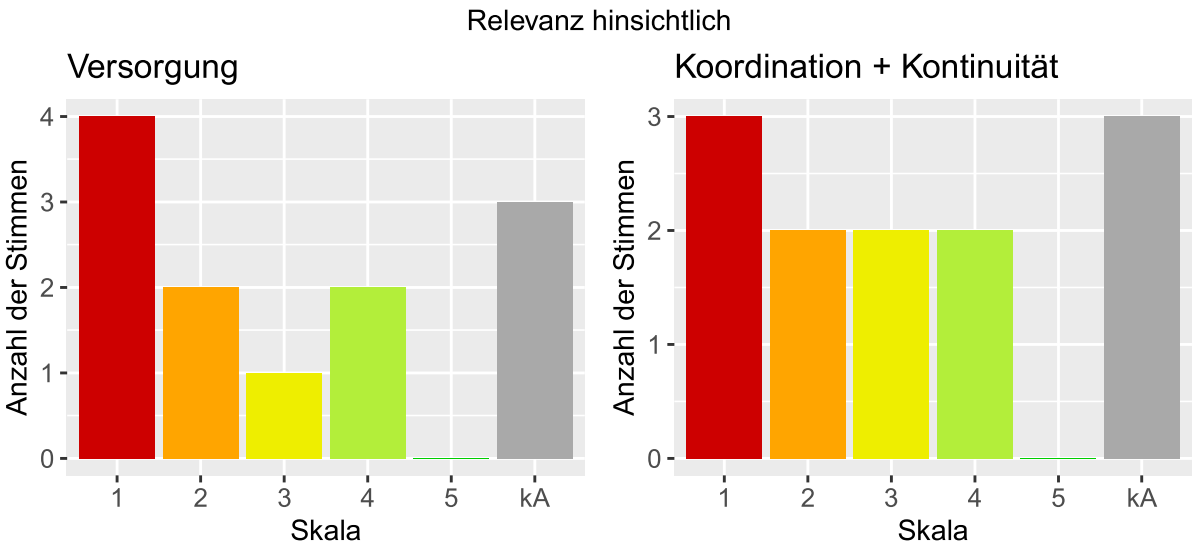
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 6 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Statine erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Statine dauerhaft ab Diagnosestellung verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

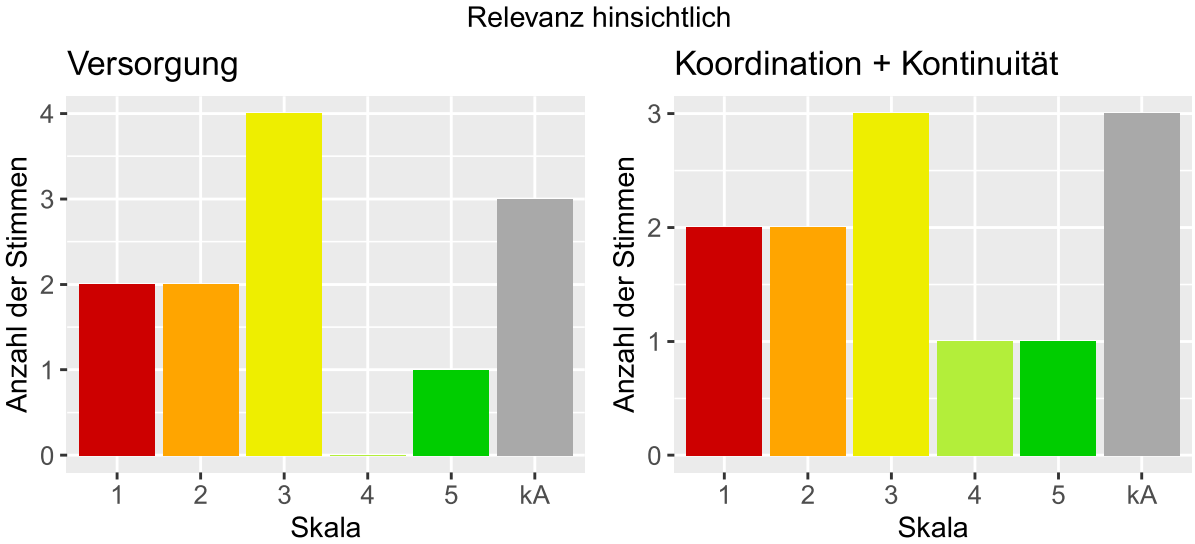
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Digitalis erhalten und deren Digoxin-Serum oder Digitoxin-Serum Spiegel kontrolliert wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Digitalis verordnet und erhalten haben und die eine Kontrolle des Digoxin- oder Digitoxin-Serum Spiegels erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

4 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

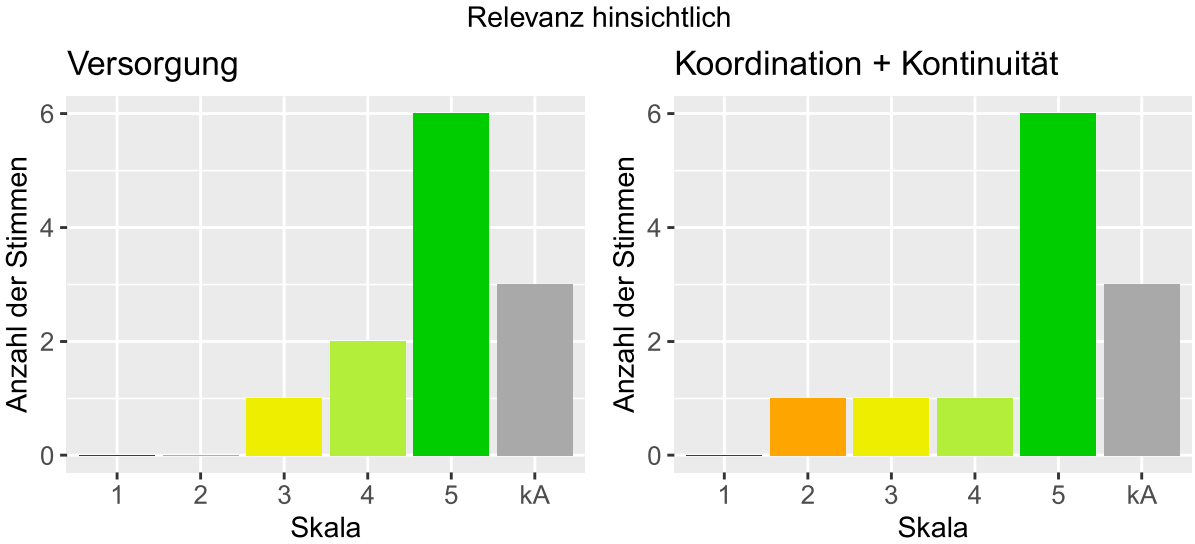
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, deren Serumelektrolyte und Nierenfunktion routinemäßig bestimmt wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens alle zwei Quartale eine Bestimmung der Nierenfunktion und der Serumelektrolyte erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

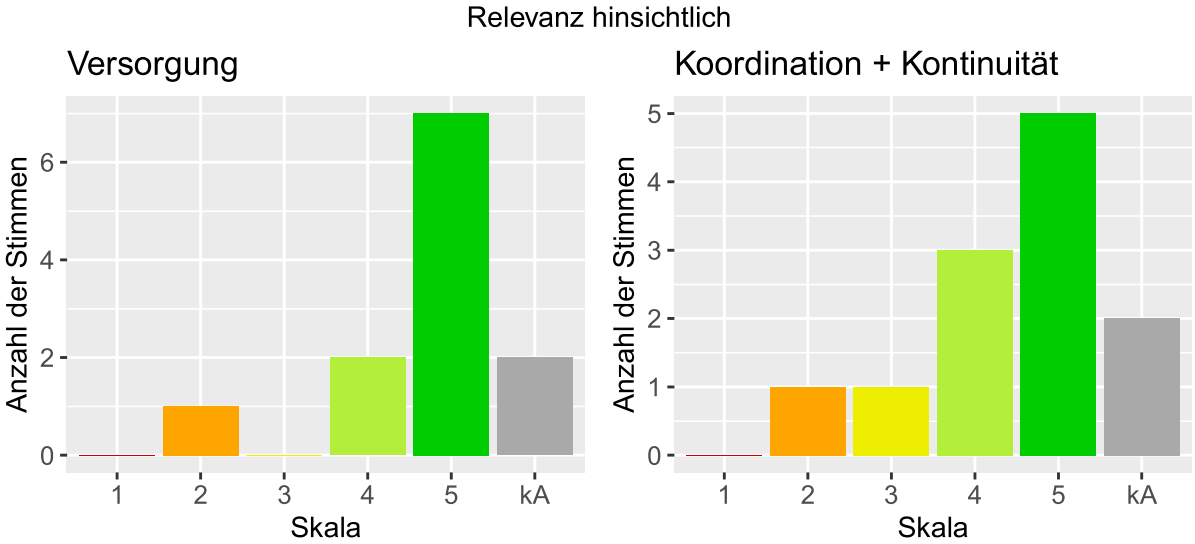
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 9 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz mit assoziiertem Vorhofflimmern, die Antikoagulantien erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit assoziiertem Vorhofflimmern, die Antikoagulantien erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

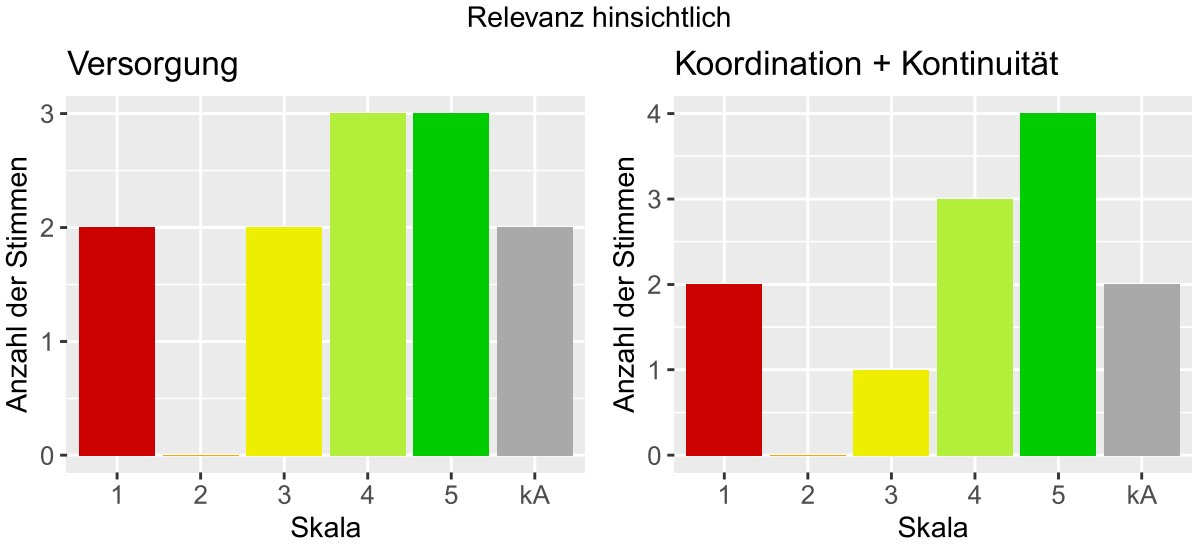
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die eine Echokardiographie routinemäßig erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr eine Echokardiographie erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

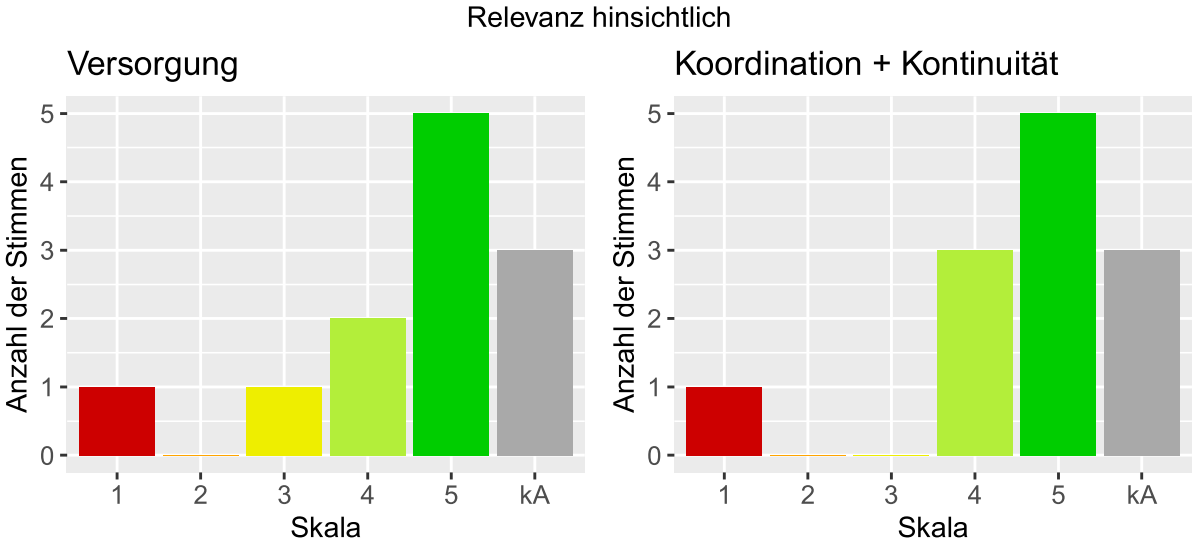
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 11 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die eine Laboruntersuchung routinemäßig erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr eine Laboruntersuchung (Natrium, Calcium, Kreatinin, Kalium) erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

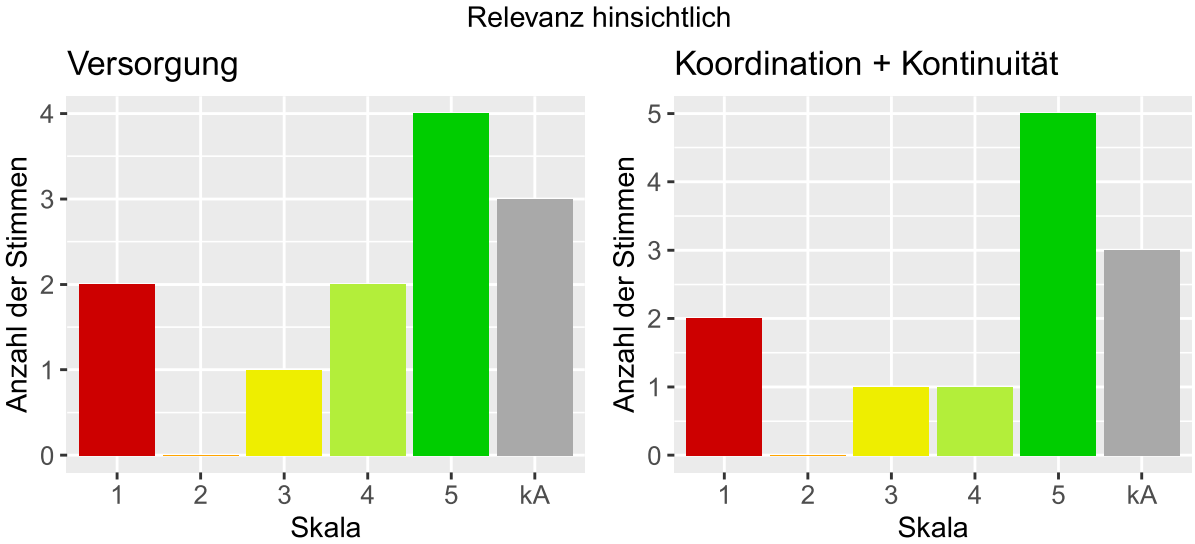
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 12 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Schutzimpfungen routinemäßig erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Grippeschutzimpfung oder eine Pneumokokken-Impfung im Beobachtungsjahr erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

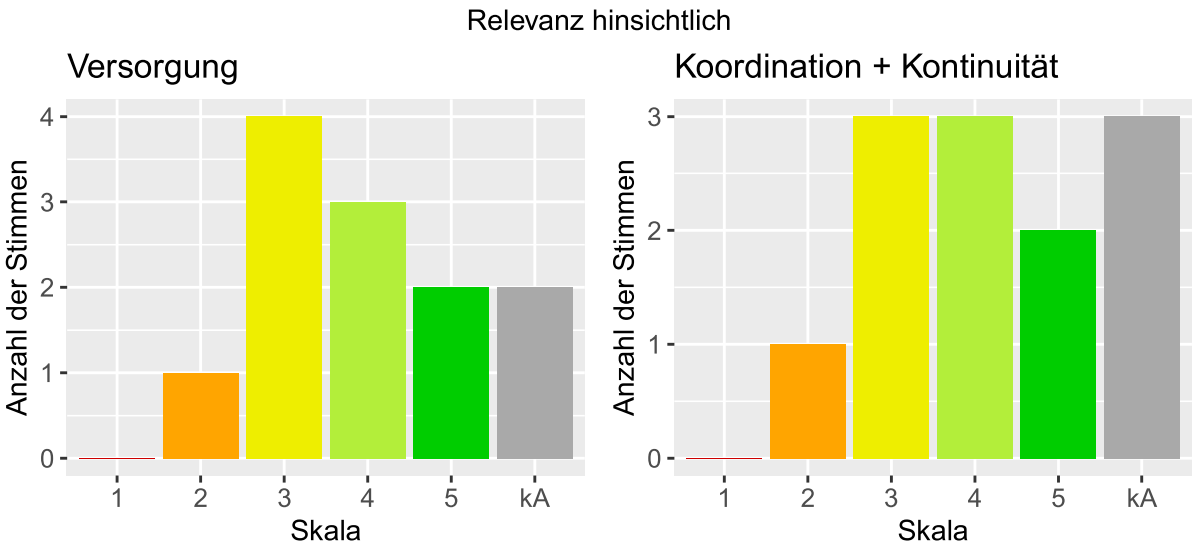
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr nichtselektive NSAID (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, weitere) oder selektive COX-2-Hemmer erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr nichtselektive NSAID (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, weitere) oder selektive COX-2-Hemmer verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

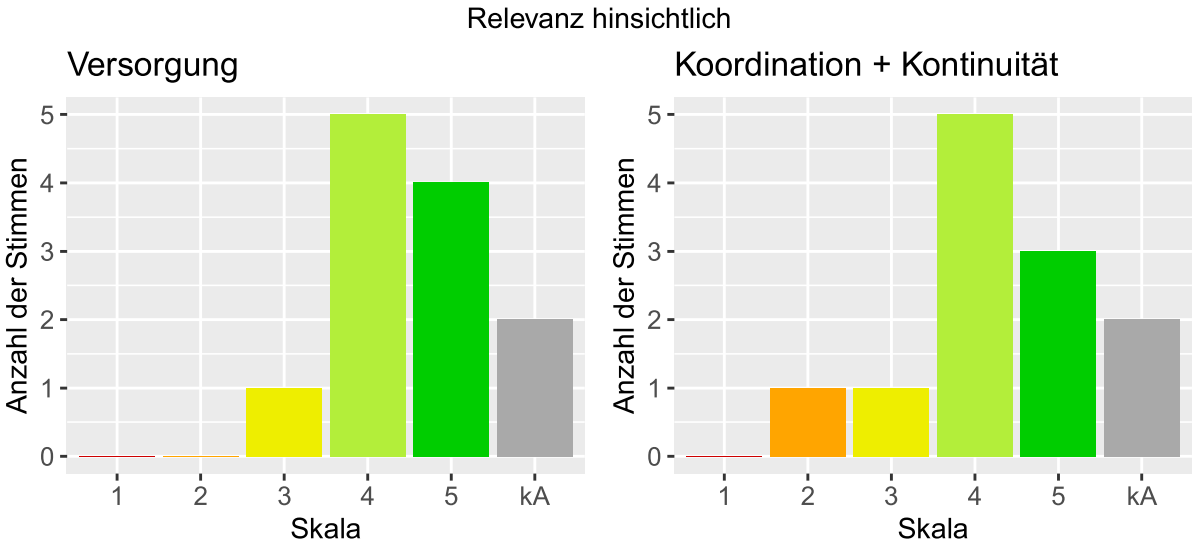
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 2 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Antiarrhythmika Klasse I und II (ohne Amiodaron), Kalziumkanalblocker (außer Amlodipin, Felodipin) oder nichtsteroidale Antiphlogistika erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens eines der folgenden Substanzen verordnet und erhalten haben: Antiarrhythmika Klasse I und II (ohne Amiodaron), Kalziumkanalblocker (außer Amlodipin, Felodipin) oder nichtsteroidale Antiphlogistika.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

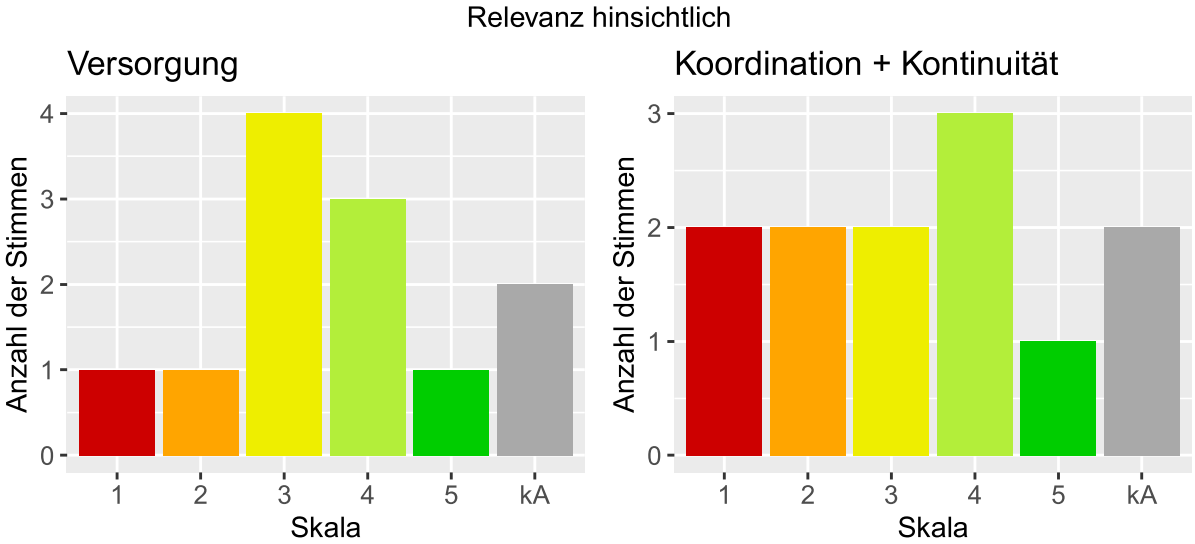
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 3 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr Glitazone oder Thiazolidindione erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Glitazone oder Thiazolidindione im Beobachtungsjahr verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

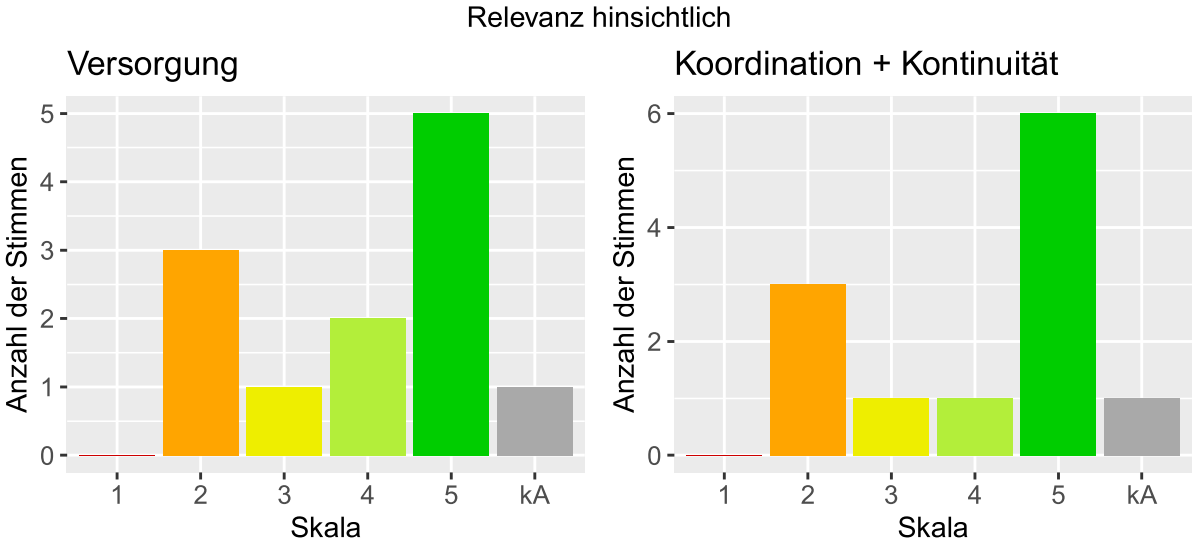
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen ambulanten Fall in der Notaufnahme haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen ambulanten Fall in der Notaufnahme haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

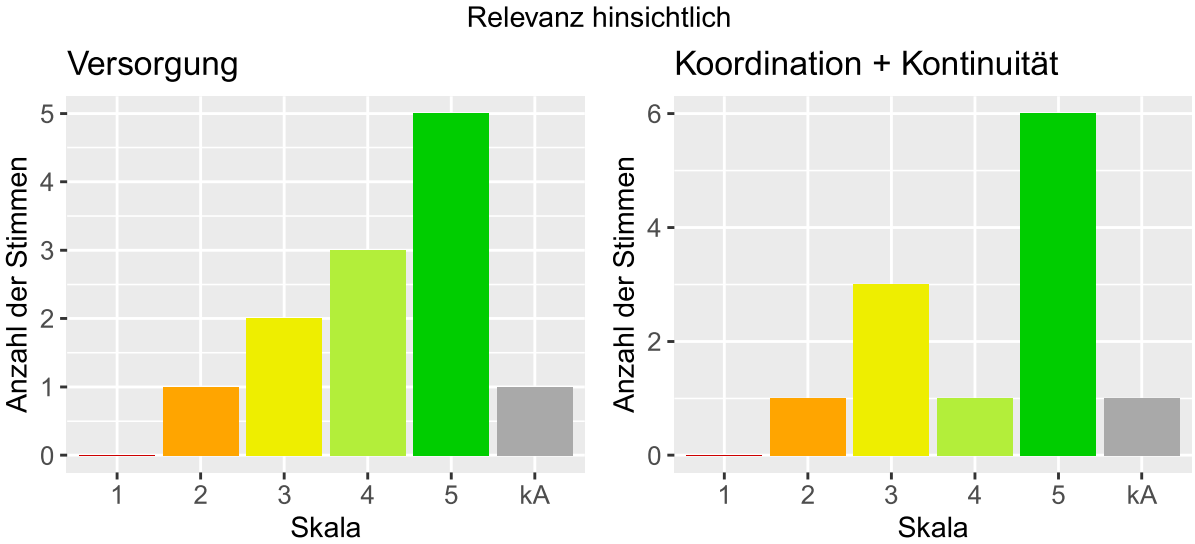
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im Beobachtungsjahr haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

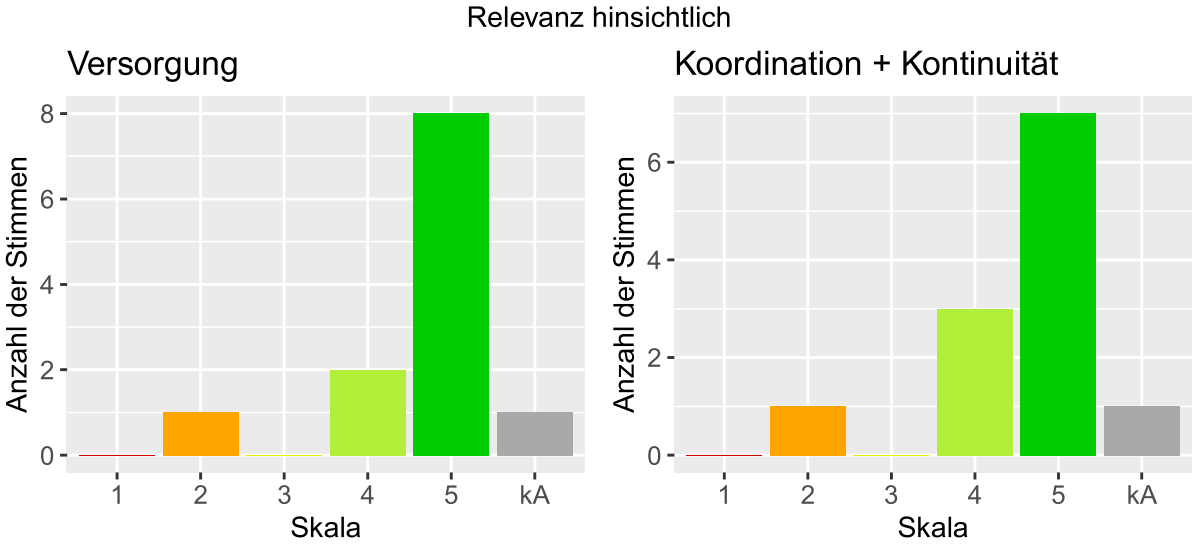
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 6 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die mehr als einen Krankenhausaufenthalt innerhalb des Beobachtungsjahr haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Krankenhausaufenthalte im Beobachtungsjahr haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

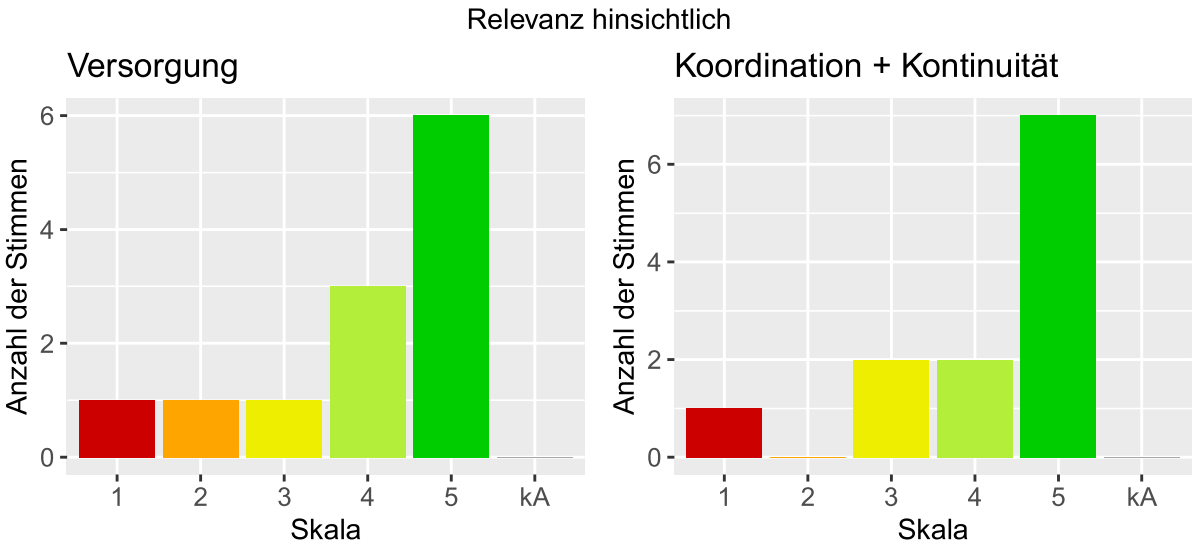
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, die zeitnah bei einem Facharzt vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im selben oder im Folgequartal der Erstdiagnose einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie oder einem hausärztlichen Internisten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) erstmals kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 2 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die in einer Mindestanzahl an Quartalen des Beobachtungsjahrs bei einem Facharzt vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens x von vier Quartalen des Beobachtungsjahrs einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kardiologie oder einem hausärztlichen Internisten haben. Hinweis: Die angemessene Anzahl wird im Folgenden erfragt.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde

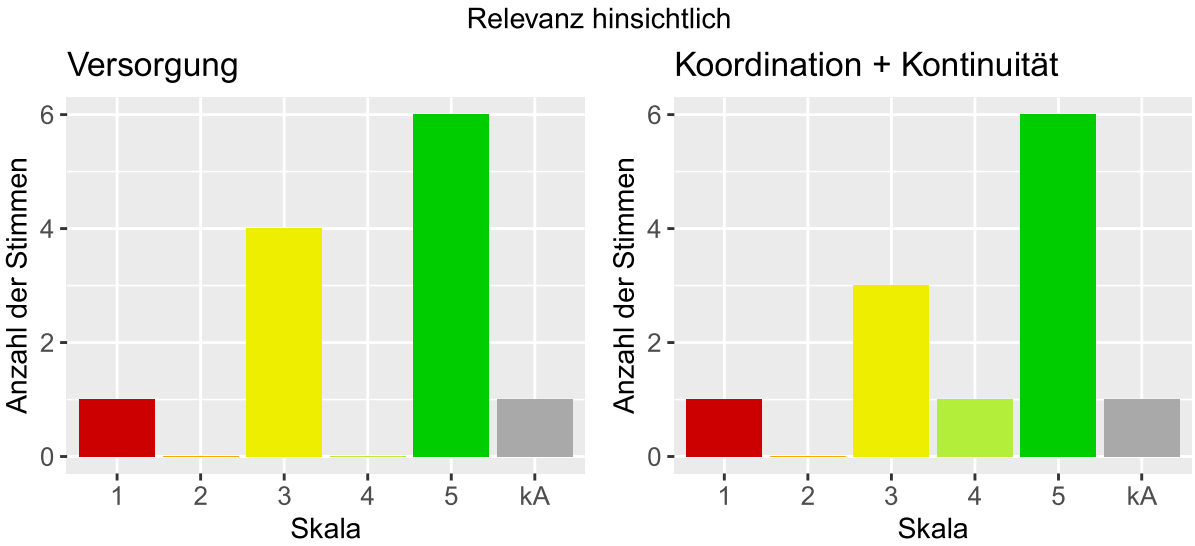
Abstimmungen zur Einschätzung der **angemessenen Mindestanzahl der Quartale des Beobachtungsjahrs** (vier Quartale), in denen ein Arztbesuch stattfinden sollte: Angaben der Teilnehmenden:

3 Teilnehmende: in einem von vier Quartalen;

3 Teilnehmende: in zwei von vier Quartalen;

0 Teilnehmende: in drei von vier Quartalen;

1 Teilnehmende: in jedem der vier Quartale.



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

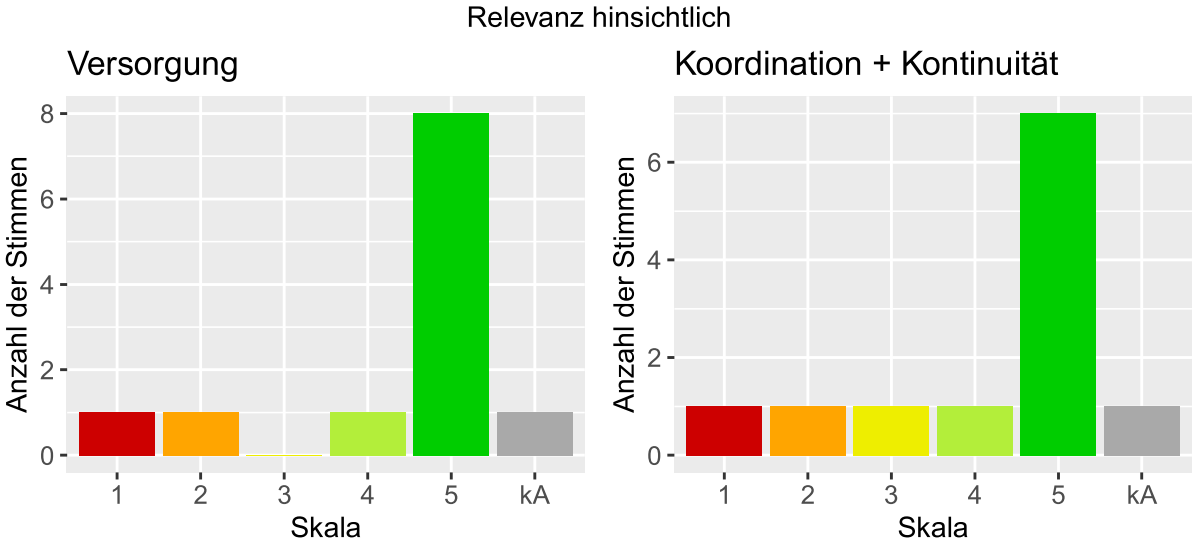
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 3 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit anhaltender Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr regelmäßig bei einem Hausarzt vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens alle zwei Quartale einen Abrechnungskontakt bei einem Hausarzt haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

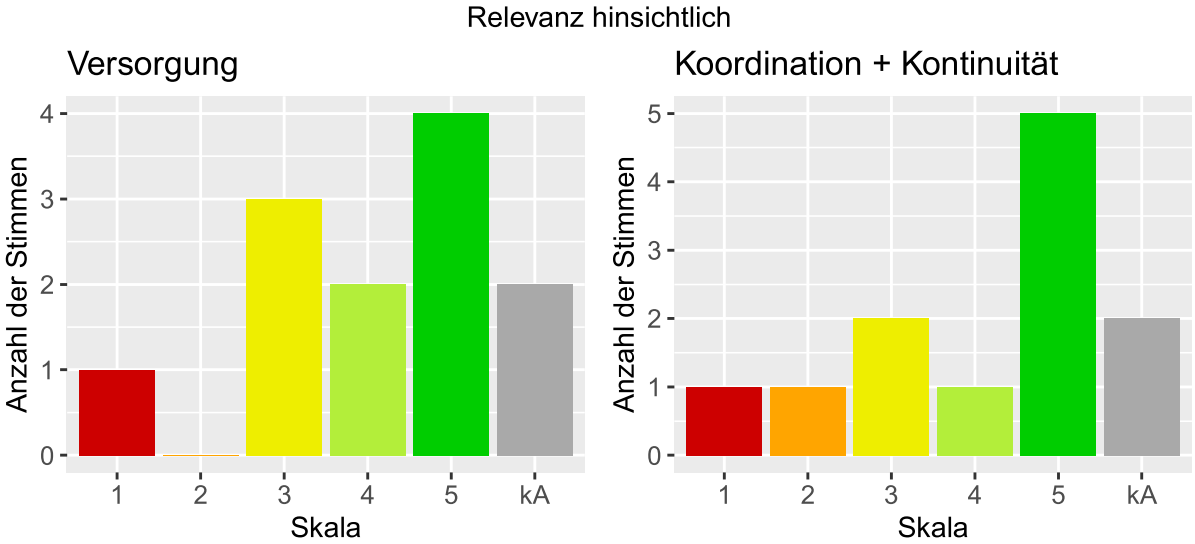
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die regelmäßig bei einem Kardiologen vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen der Nenners, die mindestens alle sechs Quartale einen Abrechnungskontakt bei einem Kardiologen haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

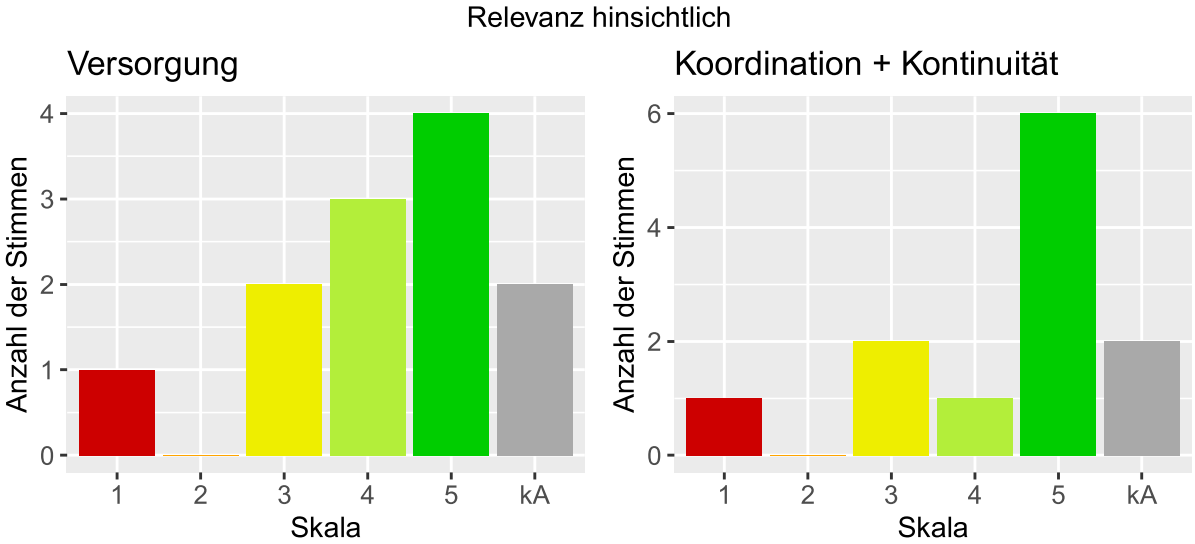
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Arztkontakt zu einem Facharzt für Kardiologie mit Überweisung haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie mit Überweisung im Beobachtungsjahr haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

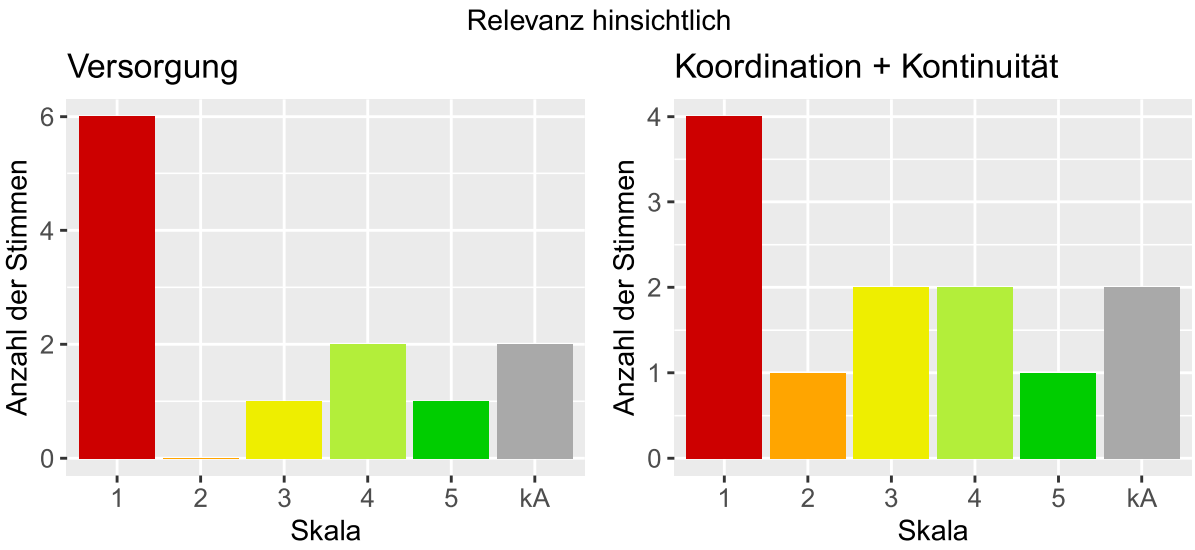
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 6 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Arztkontakt zu einem Internisten / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einem Internisten / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung im Beobachtungsjahr haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

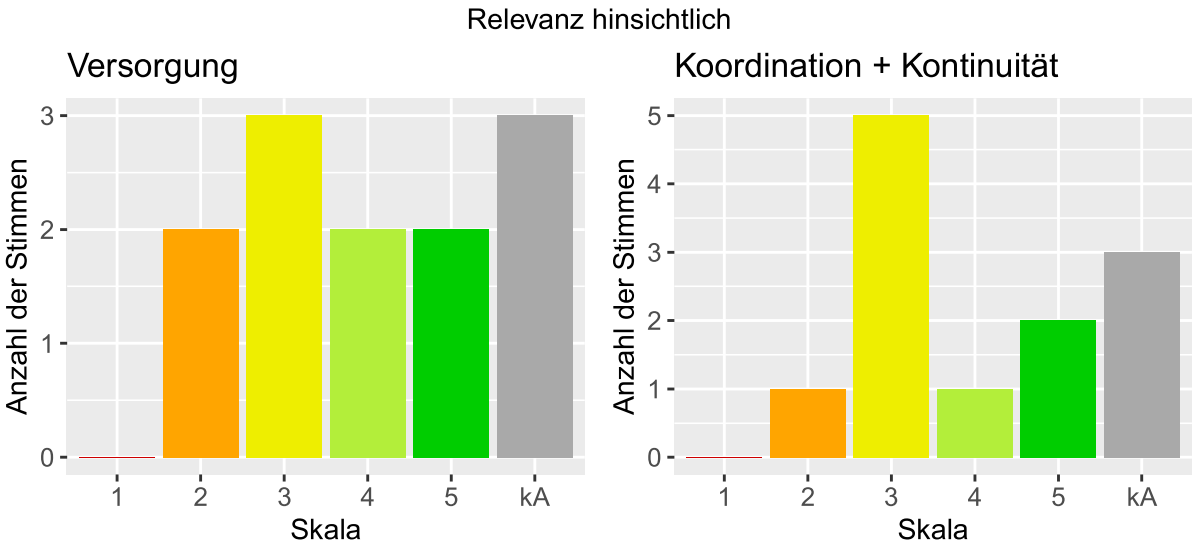
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 7 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Anti-Aldosteron erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Anti-Aldosteron Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index- Hospitalisierung (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

5 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

3 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

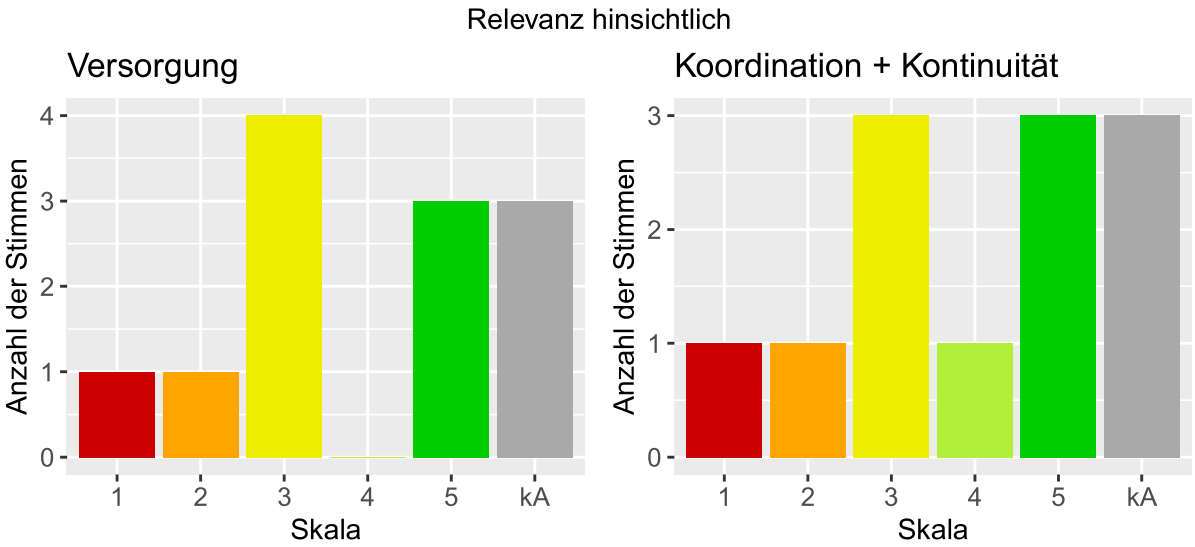
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 8 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin ACE-Hemmer oder ARB erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei ACE-Hemmer oder ARB Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index- Hospitalisierung (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

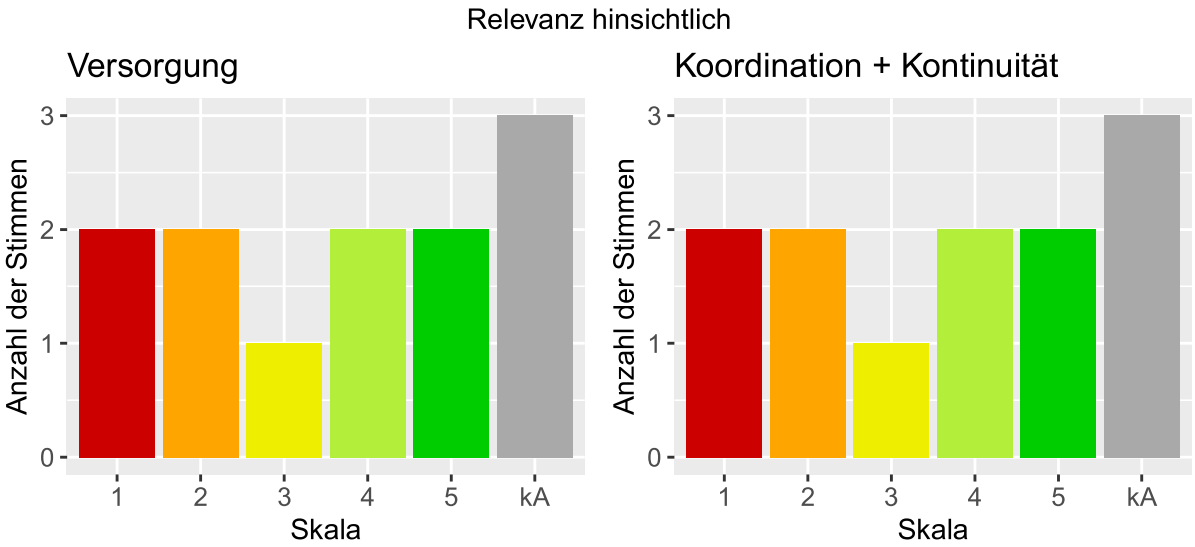
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 9 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Warfarin erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im gleichen oder Folgequartal ambulant Warfarin verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

6 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

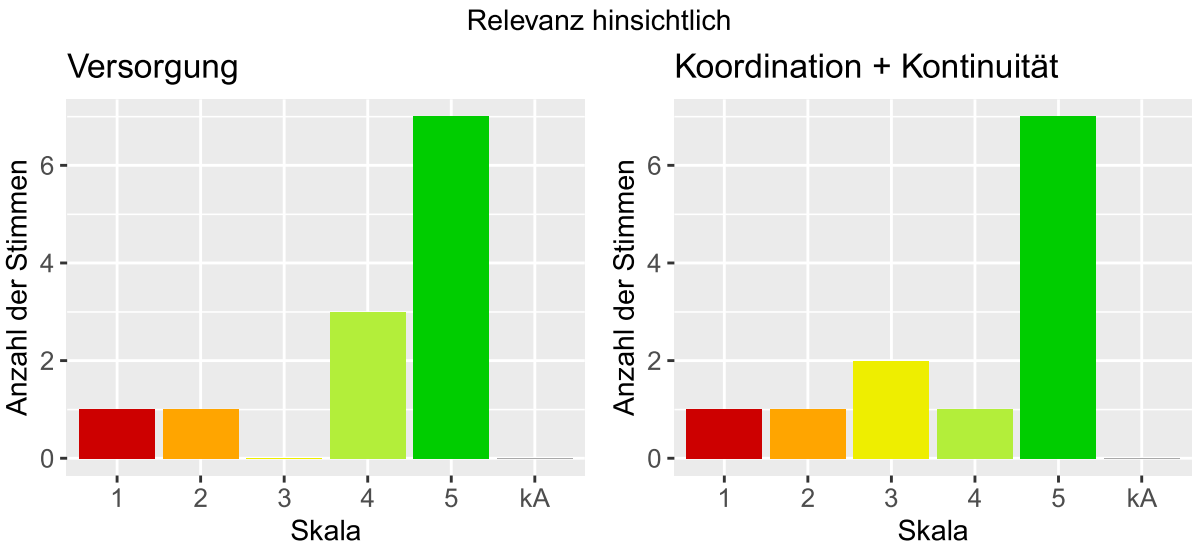
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 10 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiter ambulant behandelt werden.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach Entlassung nach einem Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im selben oder im Folgequartal ambulant einen Arztkontakt (Allgemeinmediziner, Facharzt für Kardiologie, hausärztlicher Internist) haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

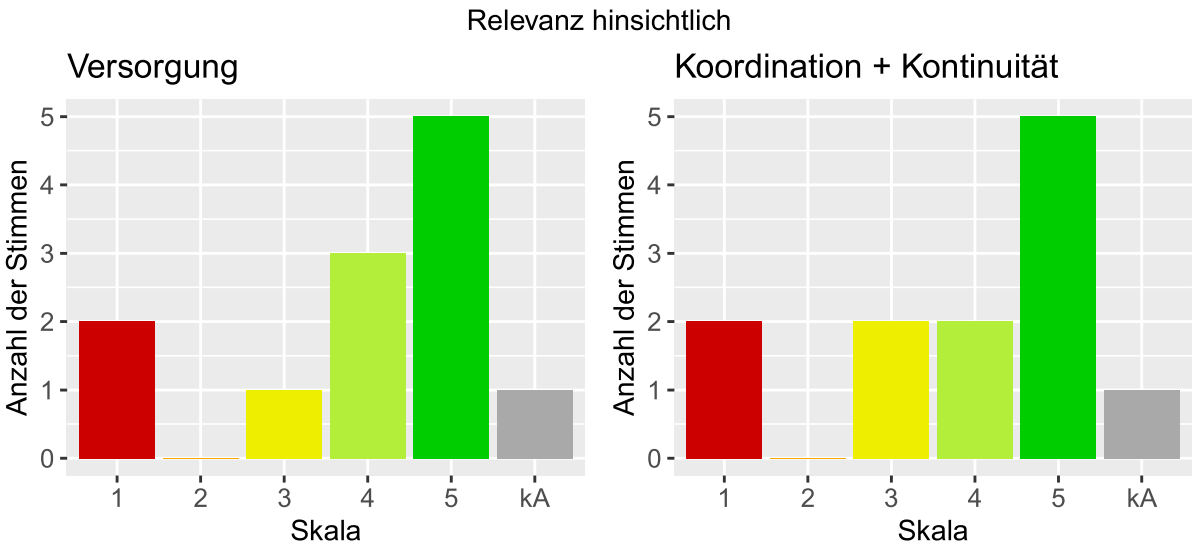
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 11 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiter ambulant von einem Kardiologen behandelt werden.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach Entlassung nach einem Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) innerhalb der folgenden vier Quartale einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie hat.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

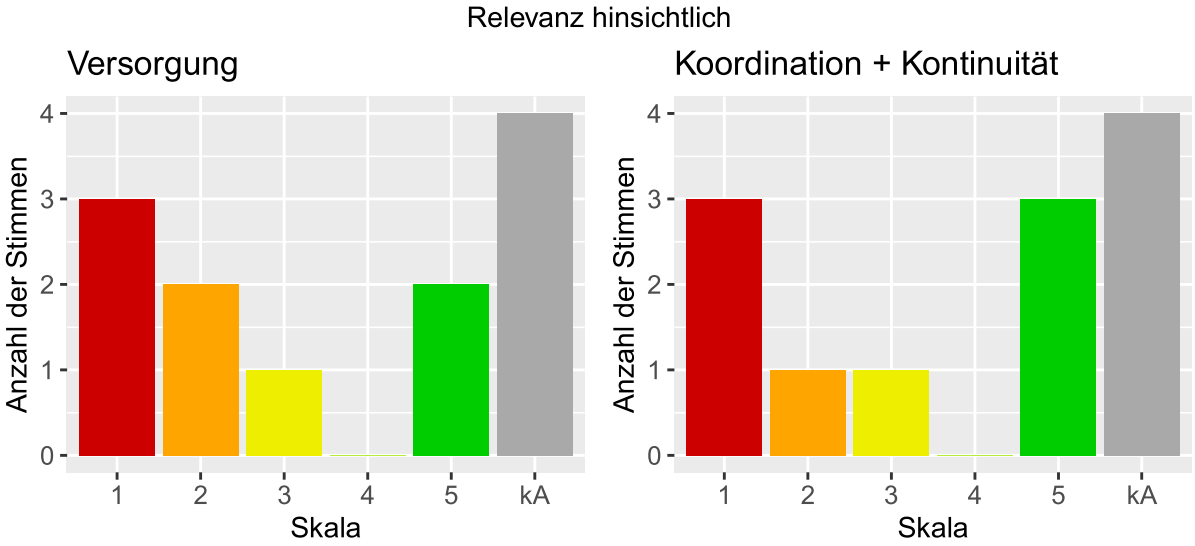
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 12 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit kongestiver Herzinsuffizienz, die im Folgejahr der Index-Hospitalisierung mindestens eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach dem ersten stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose in mindestens einem der folgenden vier Quartalen eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

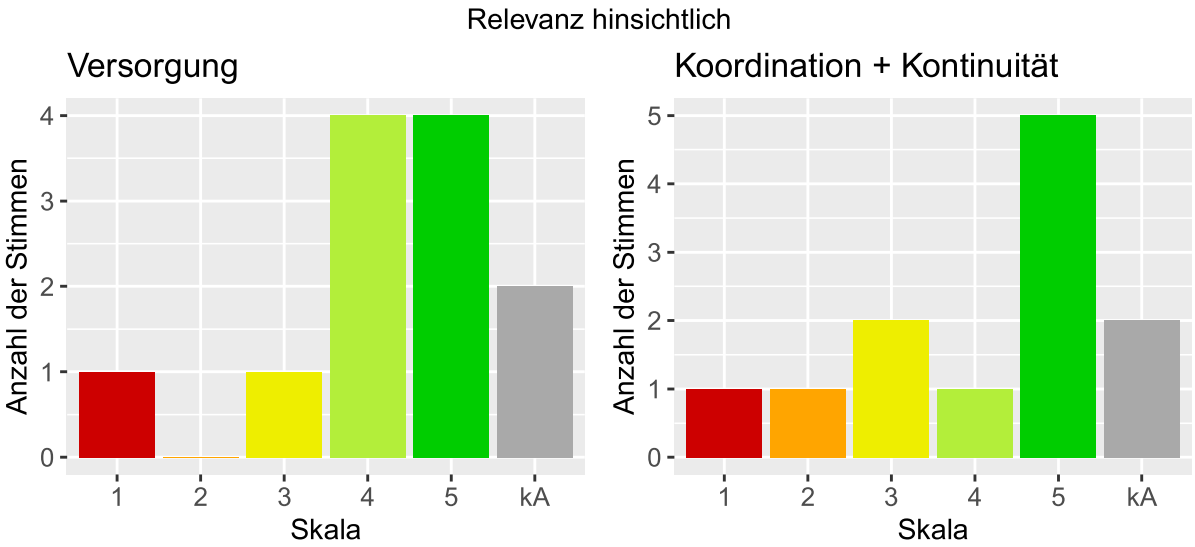
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Herzinsuffizienz - Indikator 13 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit kongestiver Herzinsuffizienz, die im Folgejahr der Index-Hospitalisierung mindestens eine Echokardiographie erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach dem ersten stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose in mindestens einem der folgenden vier Quartalen eine Echokardiographie erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Offene Fragen - Beiträge der Panelteilnehmenden der ersten Abstimmungsrunde

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung vermieden werden sollten:

Abbildbar in Routinedaten:

- Rezidivierende Krankenhausaufenthalte, Hospitalisierung, Rehospitalisierungen, Hospitalisierenden, Klinikeinweisung wegen Dekompensation, Entgleisung der Herzinsuffizienz mit häufigem Krankenhausaufenthalt
- Dekompensation der Herzinsuffizienz, wie z.B. Atemnot oder Ödeme; Dekompensation, kardinale Dekompensationen, Dekompensation mit Leistungseinbußen; Luftnot
- Mortalität, Tod
- zu große Medikamentenlast
- Hyperkaliämie durch Therapie
- symptomatische Hypotonie durch Therapie
- keine oder nur unzureichende Betreuung der Patienten

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- sich mit der ersten Meinung zufrieden geben
- rapide Verschlechterung der NYHA-Klassen innerhalb kürzester Zeit; Excerbation; klinische Verschlechterung der Symptomatik
- Verzicht auf Prüfung weiterer KHK-Probleme wie Hypertonie und Herzrhythmusstörungen
- Verzicht auf Prüfung von neuen, möglicherweise besseren Medikamenten gegen Herzinsuffizienz des einzelnen Patienten
- gründliche Prüfung der Ursache
- kein kurzfristig erreichbarer Ansprechpartner
- Betreuung des Patienten mit "unterschiedlichen" Ansichten, d.h. Hausarzt, Kardiologe und Krankenhaus arbeiten nicht Hand in Hand und es erfolgt keine Zusammenarbeit
- Medikamentenabusus,
- nihil nocere

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Verringerung der Lebensqualität
- Abfertigung der Patienten im Schnellverfahren, dem Patienten zu wenig Zeit widmen bei der Aufklärung und Therapie
- Medikation, die über viele Jahre eingenommen wird, als einzige Lösung zu betrachten
- Die Krankenkasse/Leistungserbringer sollten nach Programm gegen Herzinsuffizienz gefragt werden (z.B. Herzinsuffizienz-Sonderprogramm, manche Krankenhäuser haben ein spezielles Programm)

- den Patienten unter Stress setzen, auch einfache Aussagen oder Gespräche können großen Stress verursachen
- beachten, dass die psychologische Situation oft nicht so ist, wie einer wirkt oder wie er sich gibt
- die Herzschwäche muss von Dritten akzeptiert werden, d.h. auch auf Stimmungsschwankungen eingehen bzw. diese berücksichtigen
- alle Informationen über Herzschwäche voraussetzen - viele wissen nicht genau, was das ist.
- Auf die Situation des Patienten eingehen und verstehen - einfache und verständliche Informationen mitgeben
- Patient versteht Therapieanweisung nicht, erhält keine Informationen dazu, wie wichtig seine Mitarbeit (Ernährung, Trinkverhalten, Bewegung) ist
- Patient wird nicht engmaschig betreut, fällt in eine Depression, weil er sein Leben nun für wertlos hält
- Übertherapie, d.h. Fokus liegt nur auf der optimalsten Behandlung der Krankheit, berücksichtigt jedoch nicht die Lebensqualität und die soziale Teilhabe der Patienten am Leben
- jeder "bearbeitet" seinen Bereich am Patienten und dieser fühlt sich nur als Fallakte
- Entlassung ohne Änderung des Lebens und der Lebenswelt des Patienten, d.h. keine Angebote vor Ort oder digitale Möglichkeiten
- Behandlungsverweigerung,
- Desinformation
- Verminderung der Selbstversorgung
- Schwäche

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung anzustreben sind:

Abbildbar in Routinedaten:

- Sterblichkeit, Reduktion der Mortalität
- Kompensation der Herzinsuffizienz mit optimaler medikamentöser Behandlung
- Reduktion der Krankenauswiederaufnahme
- Eine kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen entweder zu Hause (Blutdruck/Puls) oder vom Hausarzt/Kardiologen in regelmäßigen Abständen (auch bei keinen Anzeichen wie Atemnot, Müdigkeit)
- Rehabilitation auch bei Indikation Herzschwäche - der Aufenthalt in einer Rehaklinik ist nicht nur am Anfang wichtig, sondern auch im Laufe der Krankheit
- Reduktion der Symptomatik

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Rekompensation
- Medikation die Ärzte fragen, eventuell eine Zweitmeinung einholen
- zeitnahen Zugang zu medizinischen Versorgern und medizinischen Angeboten,

- psychologische Angebote in Anspruch nehmen, um zu lernen, positiv mit seiner Erkrankung umzugehen.

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Gute Belastbarkeit im Alltag
- Überführung in selbstständige regelmäßige körperliche Aktivität auf angemessenem Niveau., der richtige Blutdruck ist wichtig - hier besonders darauf achten - sportlich oder einfach nur aktiv sein
- Stabilität
- Lebensqualität, nicht merken müssen, dass man eine Herzinsuffizienz hat, Erhalt der Lebensqualität, Meine Lebensqualität/eingeschränkte Leistungsfähigkeit zu verbessern
- Kooperationsverhalten stärken
- 4-P Medizin
- erhalt eigenständigkeit und mobilität, Selbstständigkeit, Erhalt von Mobilität und Teilhabe
- Symptomkontrolle Patientenzufriedenheit
- Bei Anzeichen von Atemnot wie mühsames Treppensteigen baldmöglichst ärztliche Konsultation.
- Nach neuen Erkenntnissen in der Medikation die Ärzte fragen, eventuell eine Zweitmeinung einholen
- Verweis auf wissenschaftlich fundierte und laienverständliche Patienteninformationen wie die der Deutschen Herzstiftung
- Patient kennt alle Faktoren, die zum Erhalt bzw. Verbesserung seiner NYHA-Klasse wichtig sind und hat auch die Möglichkeit, sie umzusetzen, z.B. Zugang zu Herzsportgruppe, Zugang zu digitalen Tools
- Ansprechperson für "Alltagsfragen", die z.B. auch eine Heart Failure Nurse beantworten könnte
- auf mit der Herzinsuffizienz einhergehende Komorbiditäten untersucht und muss eventuelle Untersuchungen nicht einfordern, sondern sie werden ihm automatisch angeboten

Aspekte der Koordination und Kontinuität, die bei einer (angemessenen) Versorgung relevant sind:

Abbildbar in Routinedaten:

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Ödeme
- regelmäßige Kontrolle der Herzinsuffizienzzeichen,
- regelmäßige hausärztliche Kontrollen z.B. Initiieren eines entsprechenden DMPs
- eine primärmedizinische Steuerung der Behandlung
- Leitliniengerechte Therapie (Adhärenz!), Therapieadhärenz
- Monitoring, insbesondere an Sektorengrenzen
- Therapieanpassung an individuelle Besonderheiten und Bedürfnisse
- Streichen unnötiger Routineuntersuchungen, damit die Ressource kardiologische Untersuchung im Bedarfsfall rasch zur Verfügung steht

- Die Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte könnte mithilfe der elektronischen Akte, integrierten Patientenakte, auf die nur die behandelnden Ärzte Zugriff haben, deutlich vereinfacht werden. Patient:innen legen die Zugriffsrechte fest. Alle relevanten Daten könnten dort hinterlegt und für Diagnose und die jeweilige Therapie genutzt werden. Der Kardiologe speist die kardiologischen Daten, der Diabetologe die Blutzuckerwerte, der Hausarzt die Vitalwerte und andere Krankheiten, Medikamente des Patienten ein. Aufwendige und zeitraubende Doppelleistungen könnten vermieden werden. Die Diagnose und Therapie könnten deutlich schneller und effizienter erfolgen. Also ein Gesamtbild, das eine gute Beurteilung und Prognose ermöglicht und gleichzeitig Kontraindikationen aufdeckt. Wenn der integrierte Lösungsansatz, in die Zukunft geblickt, noch mit künstlicher Intelligenz verknüpft wird, wird dieses Informationsmanagement meiner Meinung nach die medizinische Versorgung deutlich verbessern. Vom Ärztemangel einmal ganz abgesehen.
- Der Patient braucht einen Hausarzt, dem er vertraut, der sich mit einem Kardiologen bzw. den Behandlern im KKH austauscht.; Vernetzung der Versorgungsebenen bei HI und häufig multimorbiden Patienten sehr wichtig; Der Kardiologe und der Hausarzt müssen voneinander wissen, wie es dem Patienten geht, damit einer von den beiden entsprechend auf den Patienten eingehen kann. Eine regelmäßige Besprechung mit dem Patienten ist somit wichtig.
- Willkürliches "Arzthopping" muss unter allen Umständen vermieden werden, denn dies geschieht in der Regel nur dann, wenn der Patient aus irgendeinem Grund mit der Betreuung nicht zufrieden ist (z.B. keine zeitnahen Termine, wird nicht ernst genommen, fühlt sich abgefertigt, zweifelt an der Kompetenz).

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Belastbarkeit
- Belastungsdyspnoe
- Wiederkehrende AKtivitätskontrolle.
- Compliance bei der Medikamenteneinnahme
- Mit dem Patienten gemeinsam eine Therapiestrategie zu vereinbaren
- Erhaltung Mobilität
- Gewichtskontrolle/-reduktion und Entwässerung steigern das Wohlbefinden
- Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit, Partner fragen, wie er das allgemeine Verhalten beurteilt, z.B. "Du bist wenig aktiv"
- Menschen mit diagnostizierter Herzschwäche sind eher ängstlich zurückhaltend, wenn es darum geht, ein gesundes Maß an Bewegung für sich selbst zu finden. Hier würde m.E. ein breiteres und differenziertes Angebot seitens der Kliniken, Ärzte, Therapeuten und Sportvereine helfen, eine Schwellenangst zu überwinden und sich selbst wieder mehr Bewegung zuzutrauen.
- Alle Behandler müssen mit einer Stimme sprechen und die Therapie einheitlich durchführen.
- Der Patient muss verstehen, dass er Teil eines Behandlerteams ist, denn er kann auch selbst zur Verbesserung beitragen bzw. einer Verschlechterung entgegenwirken. Jedoch muss er dabei einen Arzt haben, der ihn anleitet und ihn bei Fragen jeglicher Art betreut.

Myokardinfarkt

Überblick über die Bewertungen der Indikatoren zu Myokardinfarkt

Kategorie	Einschluss	Ausschluss	Unentschieden	Gesamtanzahl
Relevante Prozesse	9	0	13	22
Patientensicherheit	1	0	2	3
Kontinuität und Koordination	1	0	1	2

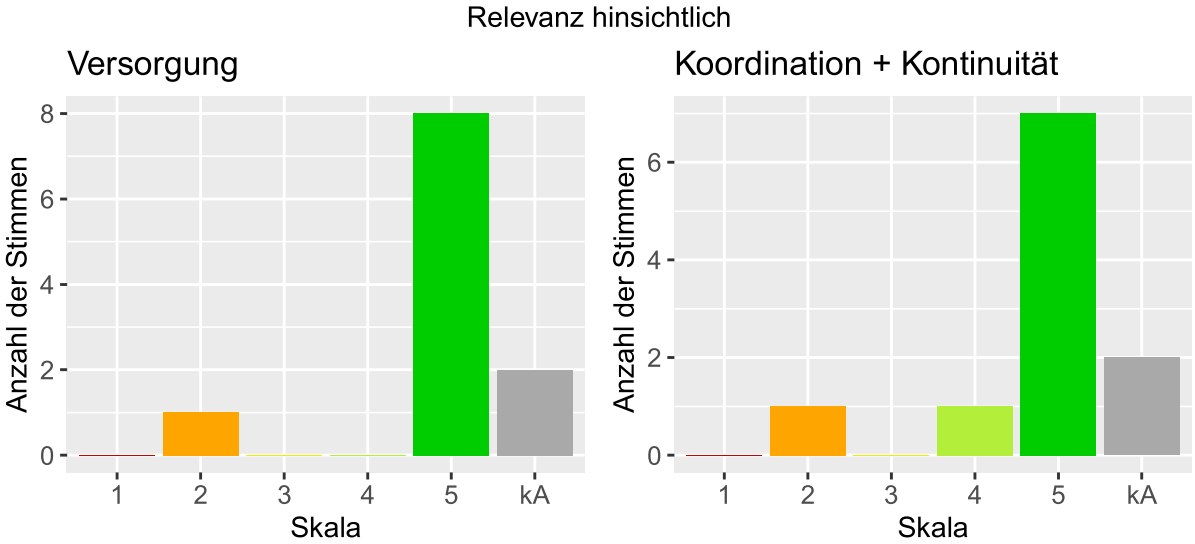
Die Bewertungen der Indikatoren zu Myokardinfarkt sind auf den folgenden Seiten detailliert beschrieben.

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Acetylsalicylsäure Verschreibung im Beobachtungsjahr.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr Acetylsalicylsäure verschrieben bekommen.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

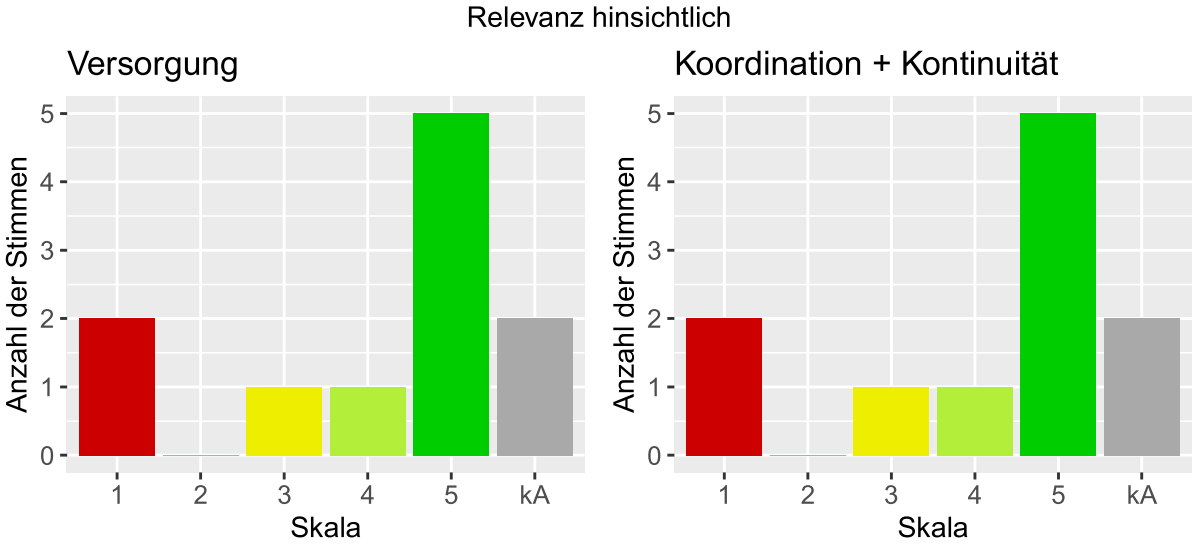
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von oralen Betablockern im Beobachtungsjahr.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung von Betablockern im Beobachtungsjahr.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

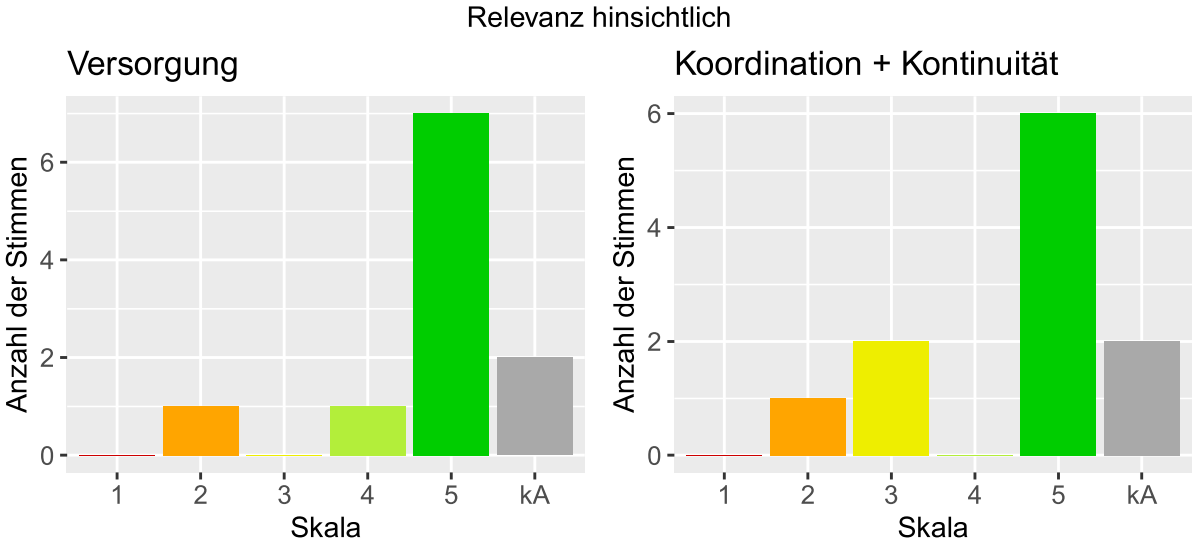
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 3 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die im Beobachtungsjahr Statine verschrieben bekommen.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung von Statinen im Beobachtungsjahr.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

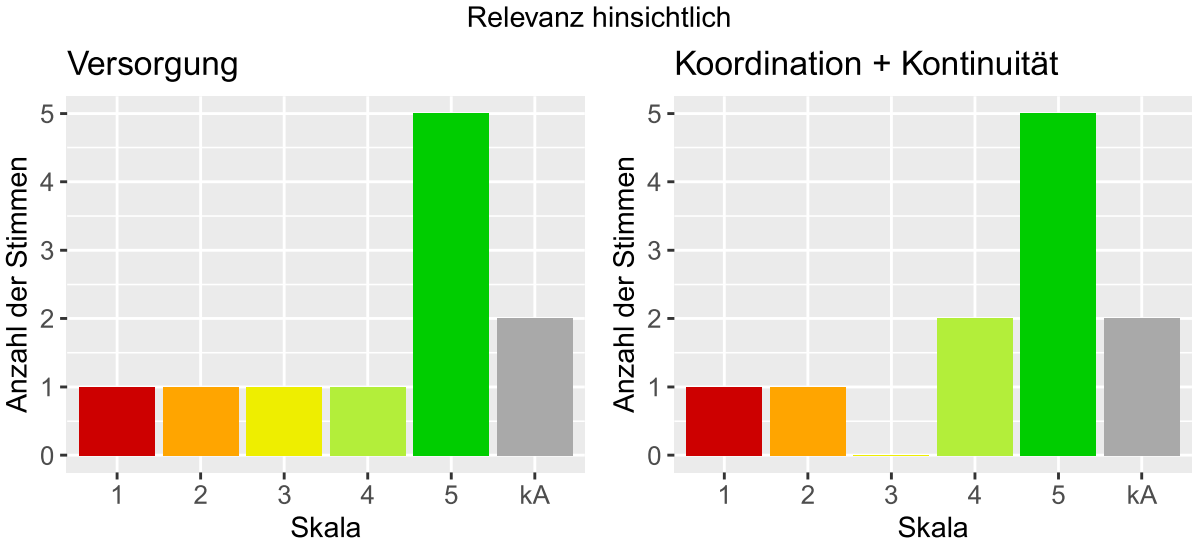
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung doppelter Thrombozytenaggregationshemmung im Beobachtungsjahr.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung doppelter Thrombozytenaggregationshemmung im Beobachtungsjahr.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

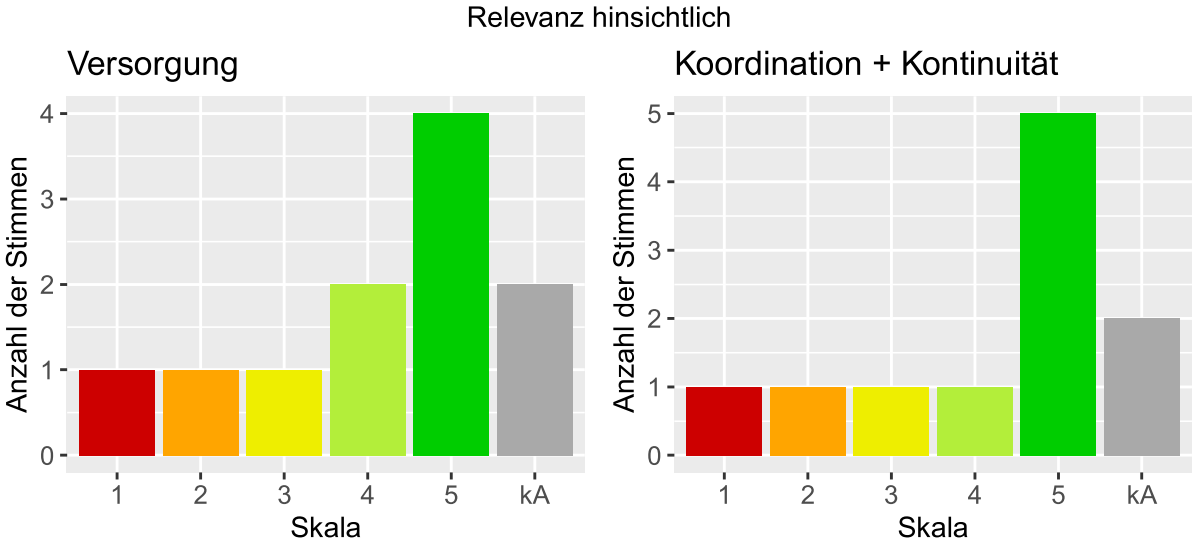
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung, die entweder ACEHemmer oder ARB (Angiotensin-IIRezeptorblocker) erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die entweder ACE-Hemmer oder ARB verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

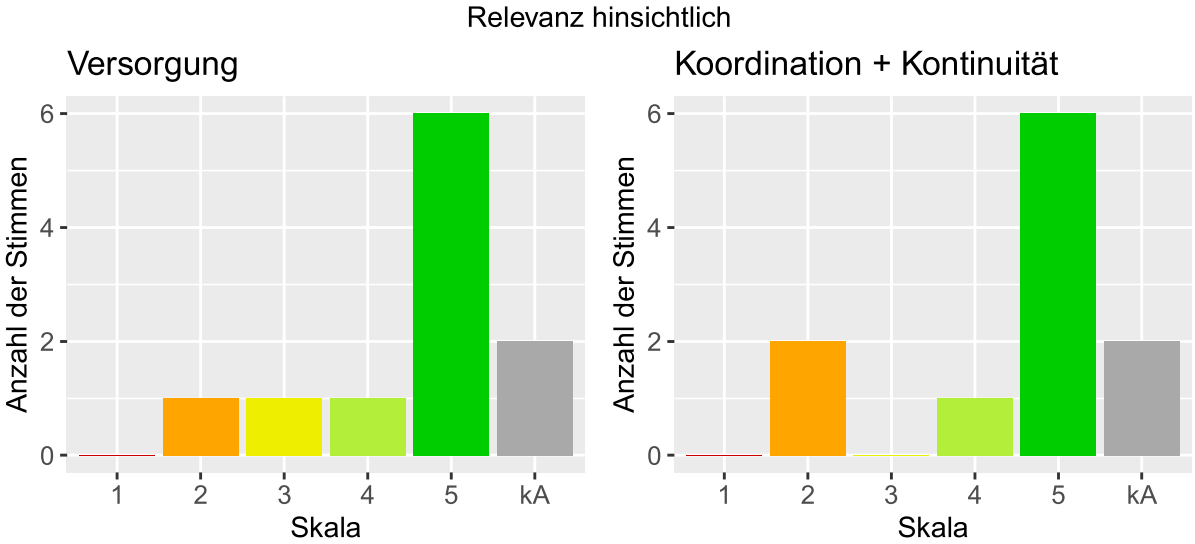
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 6 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Thrombozytenaggregationshemmern im Beobachtungsjahr.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners die Thrombozytenaggregationshemmer verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

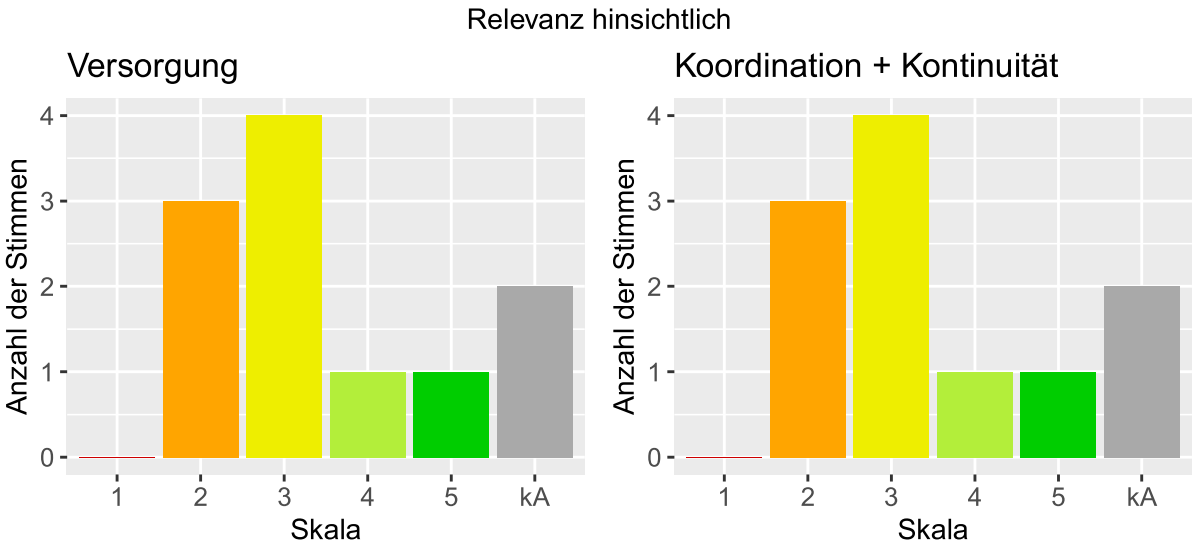
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Nifedipin und anderen Dihydropyridinen, die keine Betablocker erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Betablocker verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr, die Nifedipin und anderen Dihydropyridinen verordnet und erhalten haben.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 11 übersprangen diese Frage.

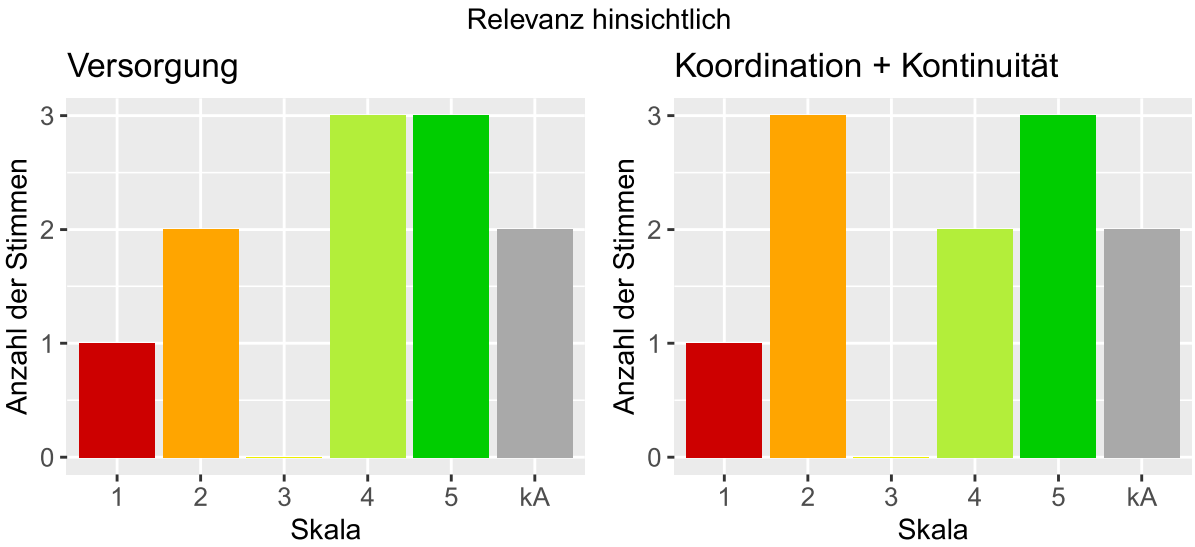
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil an Patienten nach akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die sowohl Acetylsalicylsäure als auch einen NSAR (selektive COX-2- Inhibitoren und nicht-selektive NSAR) erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Acetylsalicylsäure und NSAR (selektive COX-2-Inhibitoren und nichtselektive NSAR) verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

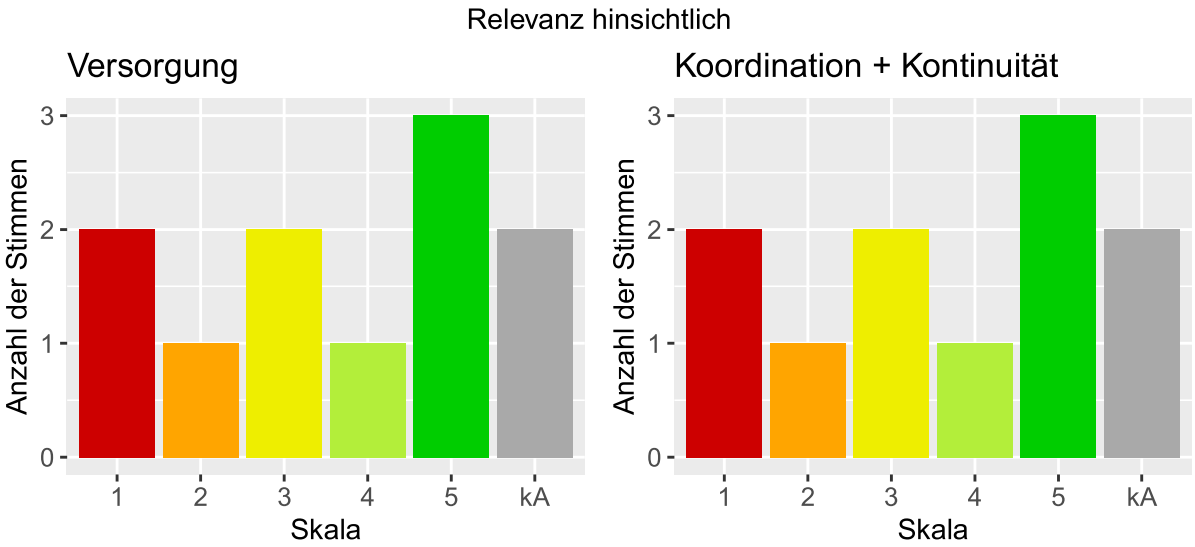
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 9 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	eil der Patienten nach Akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die P2Y12-Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Acetylsalicylsäure erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners nach Akutem Koronarsyndrom ohne STHebung, die P2Y12- Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Acetylsalicylsäure verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

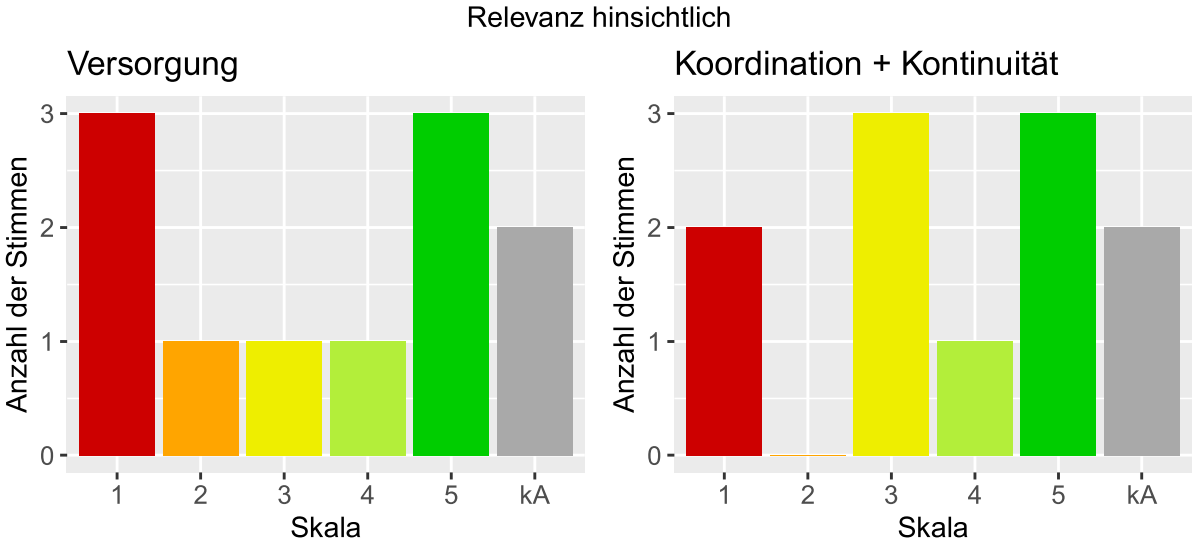
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Prasugrel bei Historie eines Schlaganfalls.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Prasugel bei Historie eines Schlaganfalls verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr und vorhergehendem Schlaganfall.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

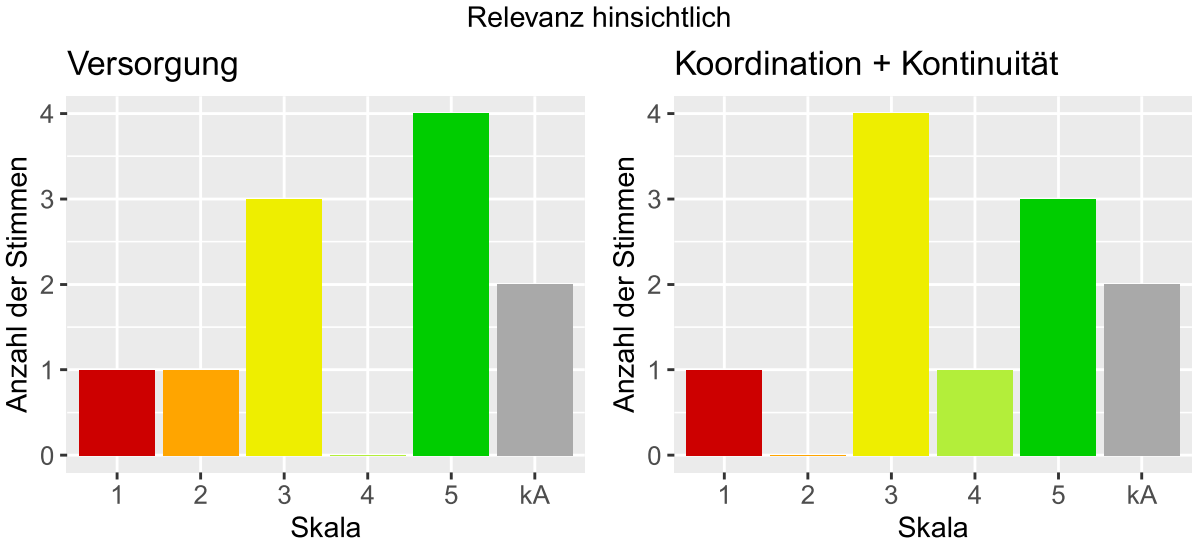
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 11 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, deren LDL und HDL Werte im Beobachtungsjahr ambulant untersucht werden.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, deren HDL und LDL Werte im Beobachtungsjahr ambulant untersucht wurden.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

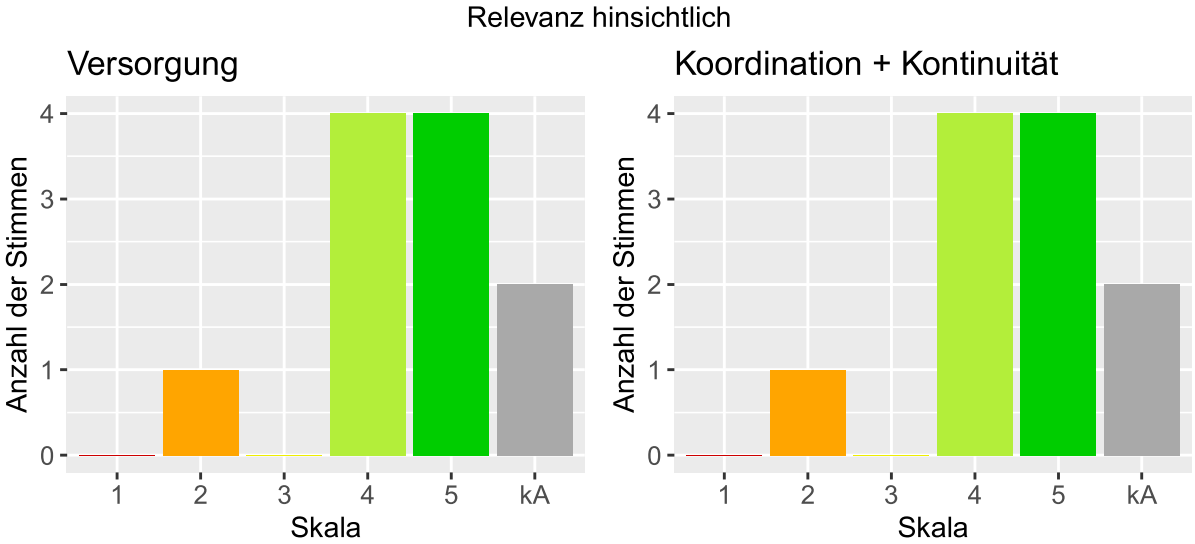
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 12 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit akutem Koronarsyndrom und durchgeführtem Angiogramm.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit akuten Koronarsyndrom und durchgeführtem Angiogramm.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt oder akutes Koronarsyndrom kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

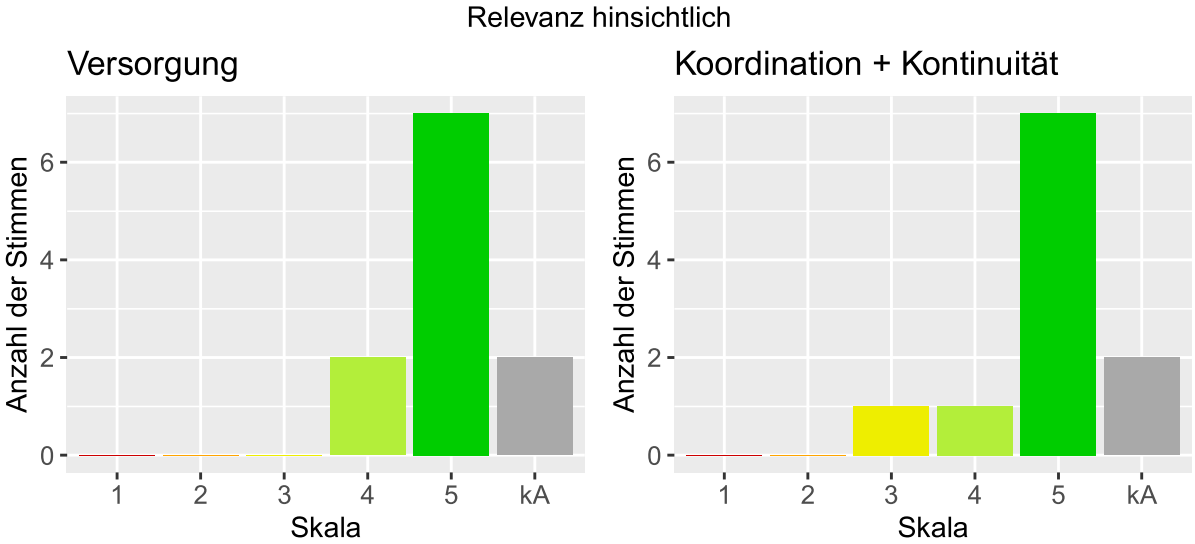
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 13 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, bei denen eine Bewertung der linksventrikulären Ejektionsfraktion vorgenommen wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen eine Bewertung der linksventrikulären Ejektionsfraktion vorgenommen wird.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

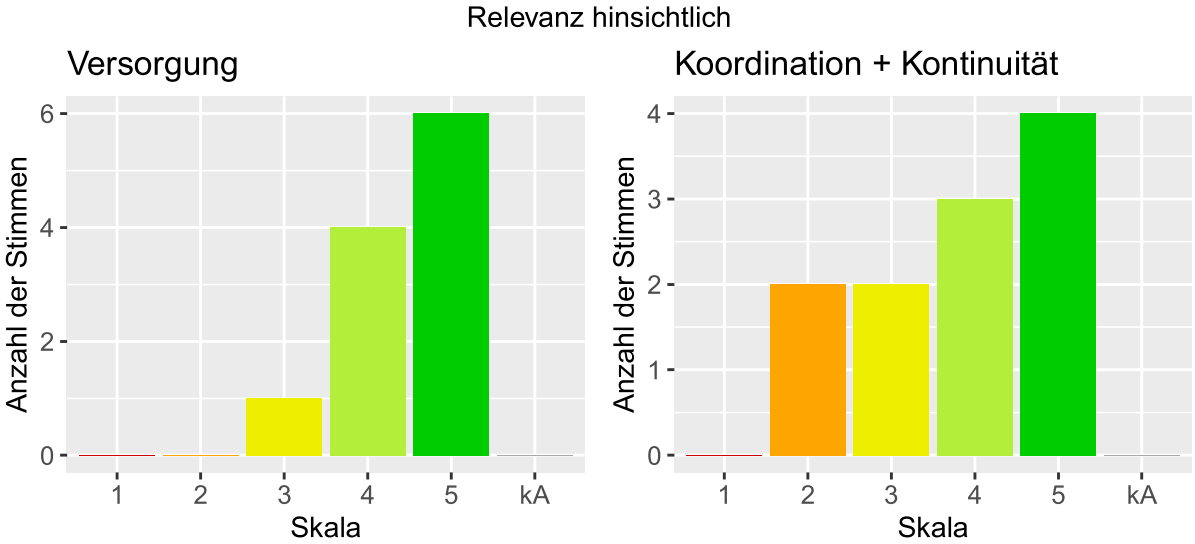
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 14 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Anschlussreha an einen Myokardinfarkt.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Anschlussreha an einen Myokardinfarkt.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

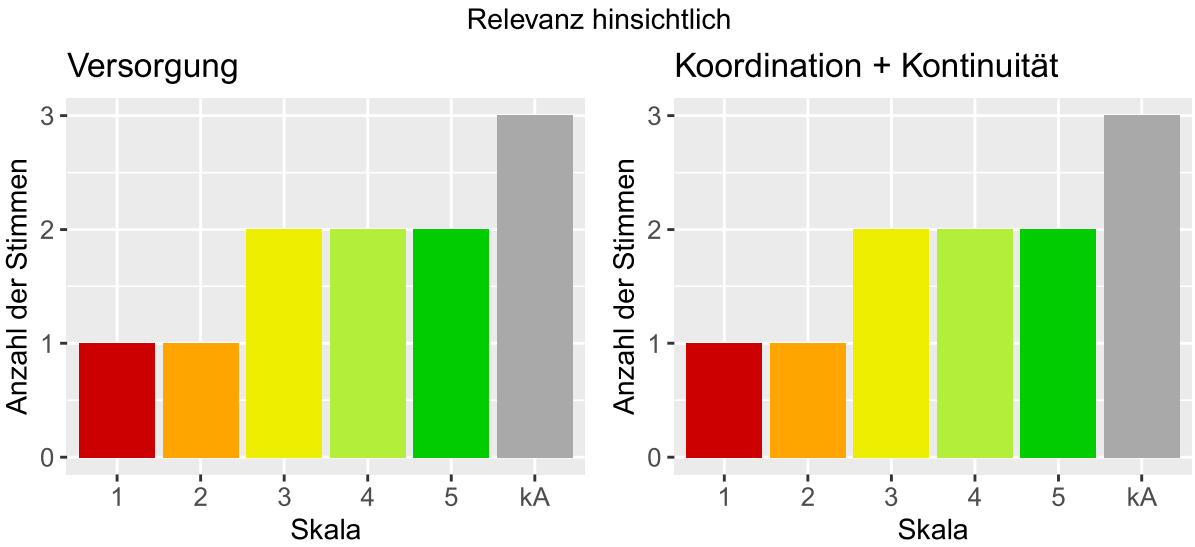
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 15 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt ohne ST Hebung ohne Herzinsuffizienz und Verordnung eines niedrigdosierten ASS, einem P2Y12-Inhibitor und hochintensiven Statin im Beobachtungsjahr.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners die niedrigdosiertes ASS, ein P2Y12-Inhibitor und hochintensives Statin verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

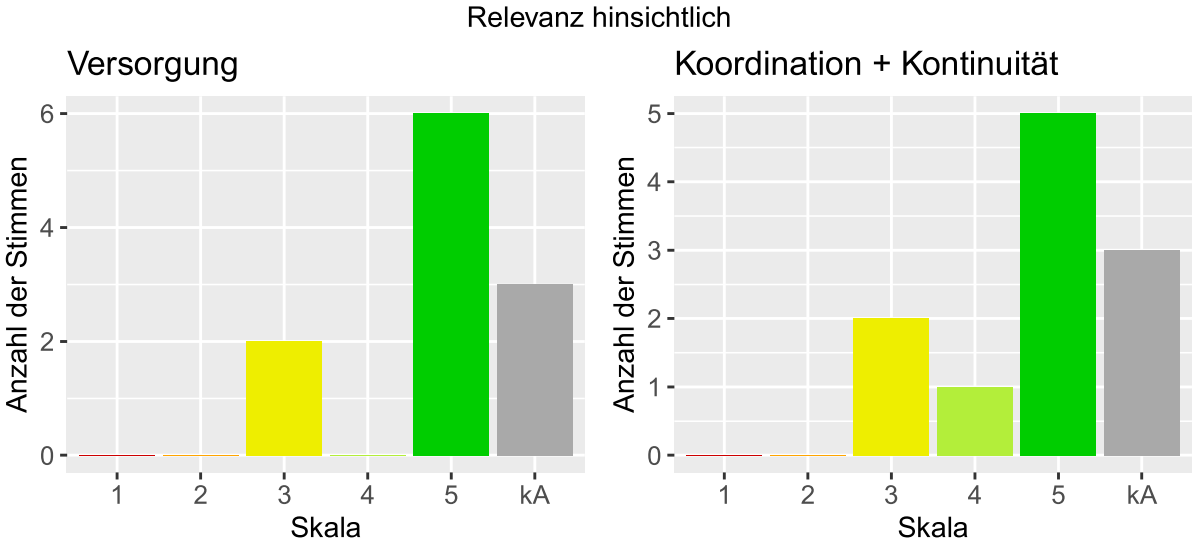
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 16 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und Herzinsuffizienz, bei denen eine Koronarrevaskularisation durchgeführt wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen eine Revaskularisation durchgeführt wird.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und ohne Herzinsuffizienz im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

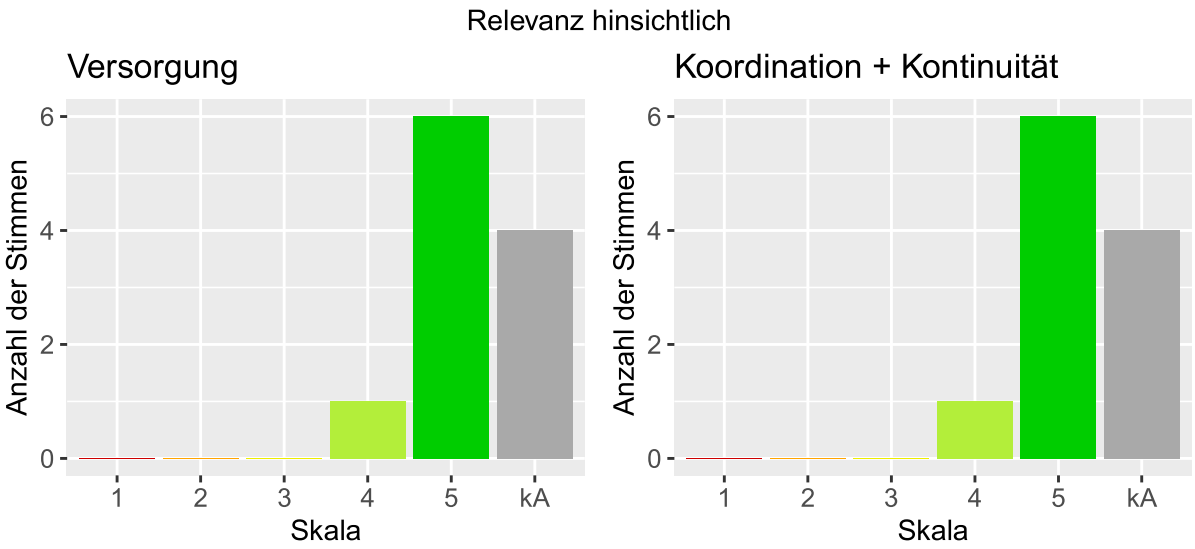
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 17 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit Reperfusionstherapie im Beobachtungsjahr.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Reperfusionstherapie.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

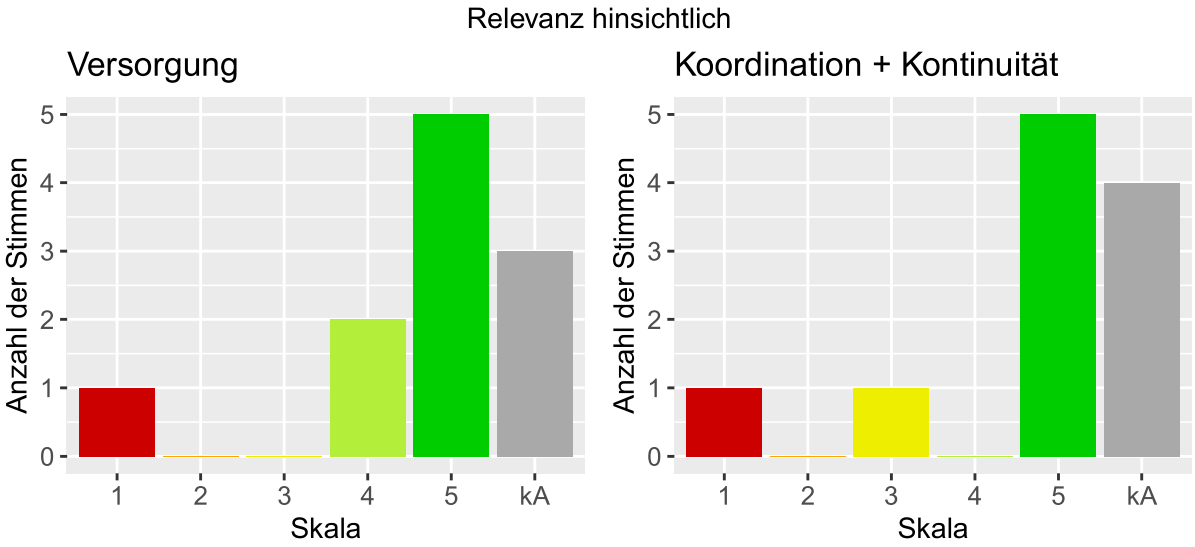
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 18 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung und Erst-PCI.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Erst-PCI nach MI mit ST-Erhebung.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

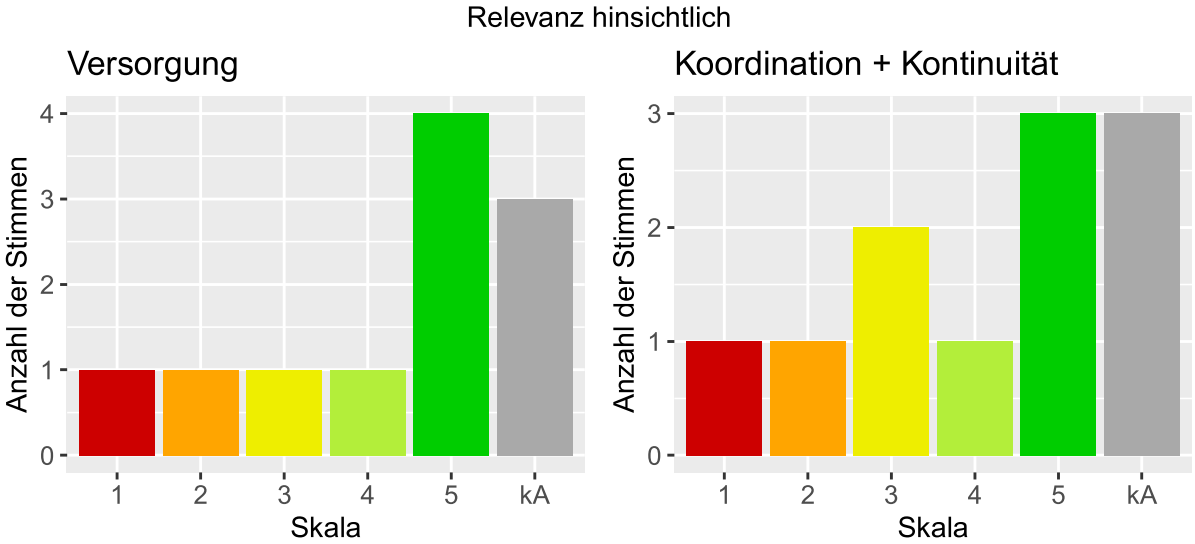
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 19 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit PCI innerhalb des Folgejahres.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit PCI (perkutaner Koronarintervention) innerhalb von 12 Monaten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

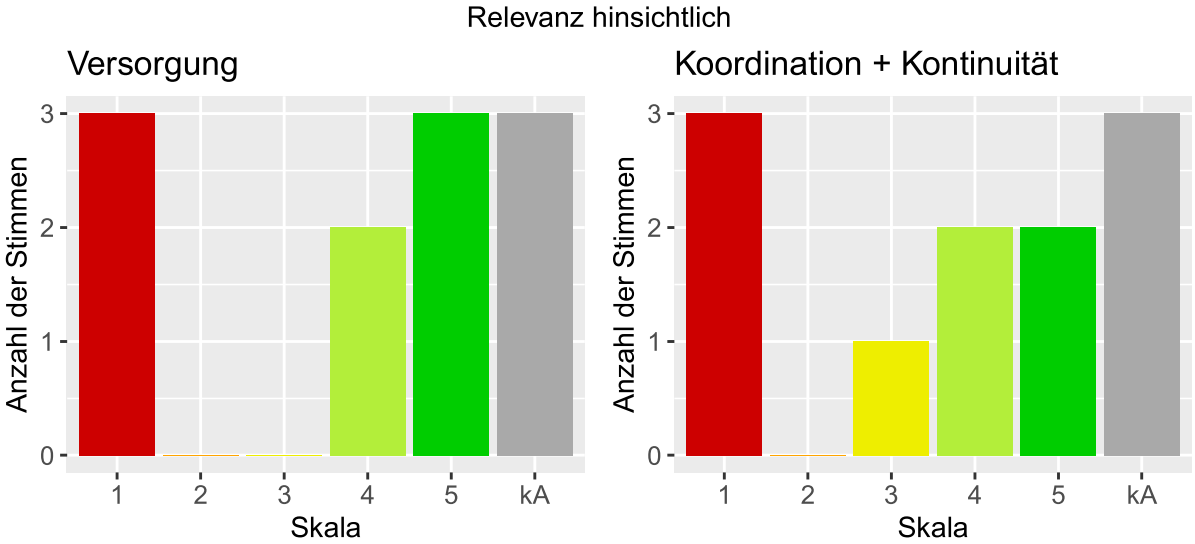
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 20 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit STEMI und drug eluting stent (DES).
Zähler	Anzahl der Patienten mit PCI (perkutaner Koronarintervention) und drug eluting stent (DES).
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

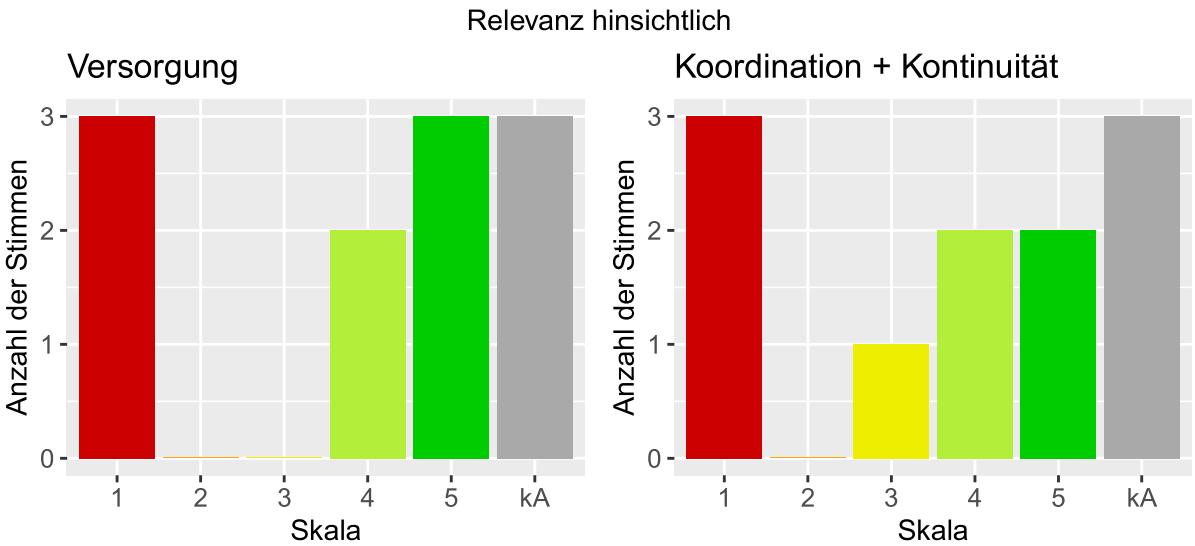
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 21 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit PCI und drug eluting stent (DES).
Zähler	Anzahl der Patienten mit PCI und drug eluting stent (DES).
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt und PCI im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

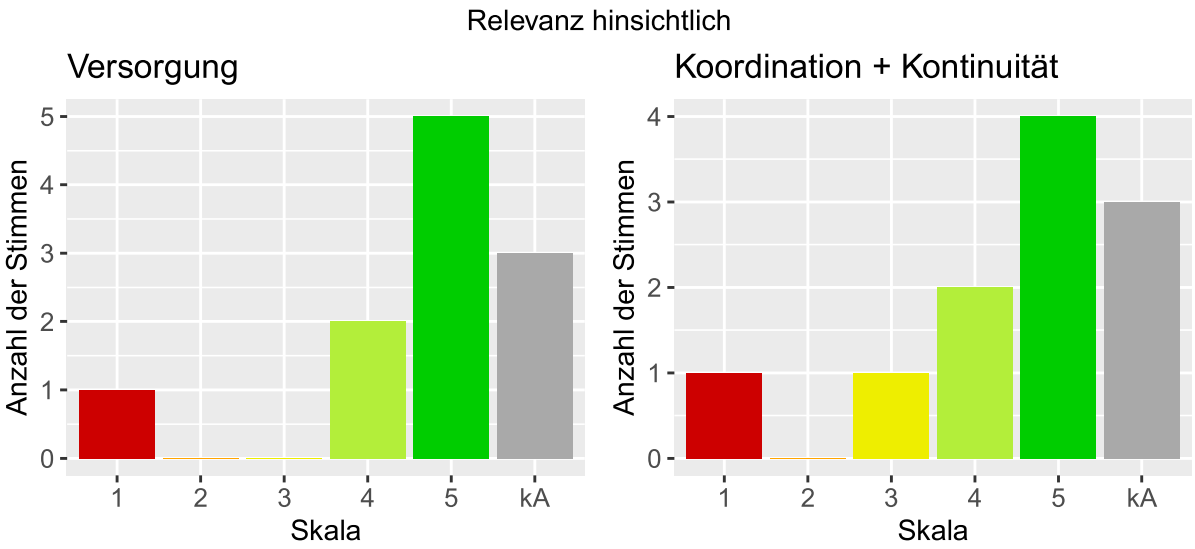
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 22 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit Stent-Implantation nach primärer PCI.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Stent-Implantation.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

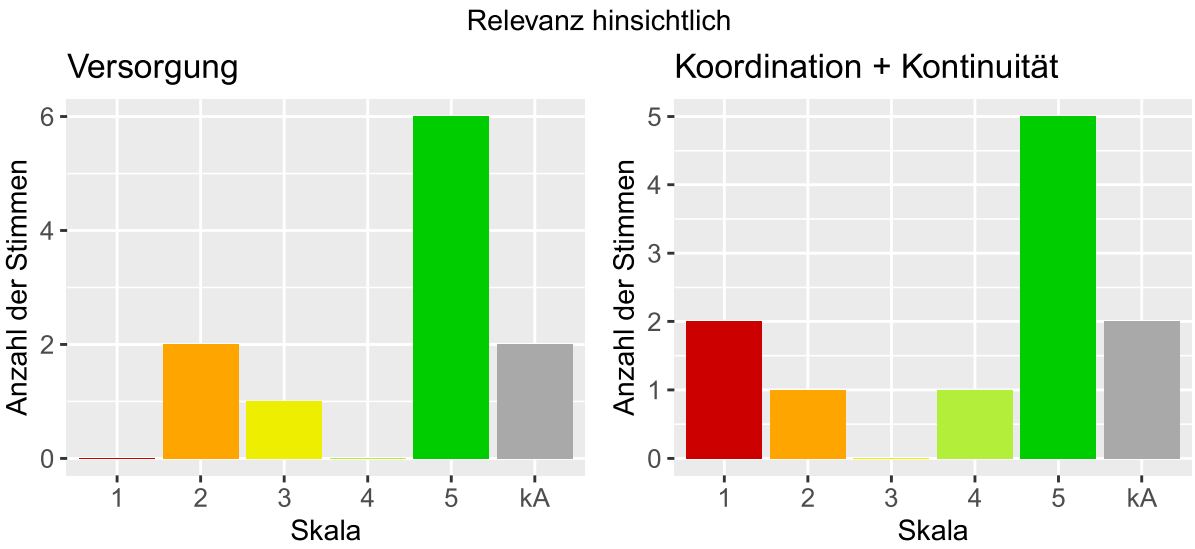
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhalten und den Folgemonat / das Folgejahr überleben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine PCI erhalten und mindestens 30 / 365 Tage überleben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt und PCI im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit einer 30-Tage-Wiederaufnahme.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners mit einer 30-Tage-Wiederaufnahme.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde

Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

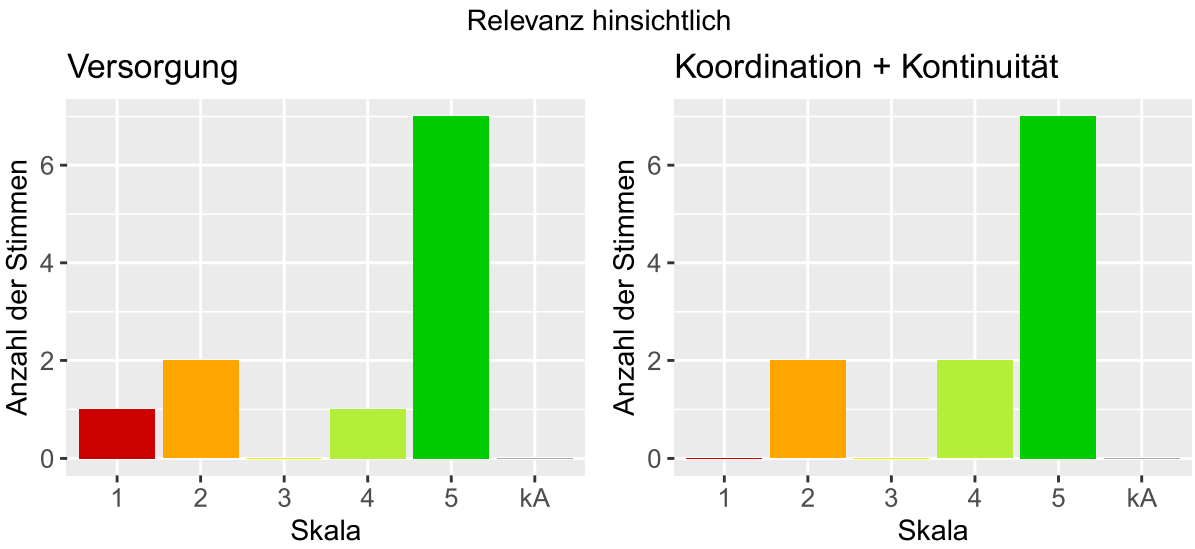
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 3 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die innerhalb eines Monats / Jahres nach einem Myokardinfarkt versterben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die innerhalb eines Monats / Jahres versterben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

6 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

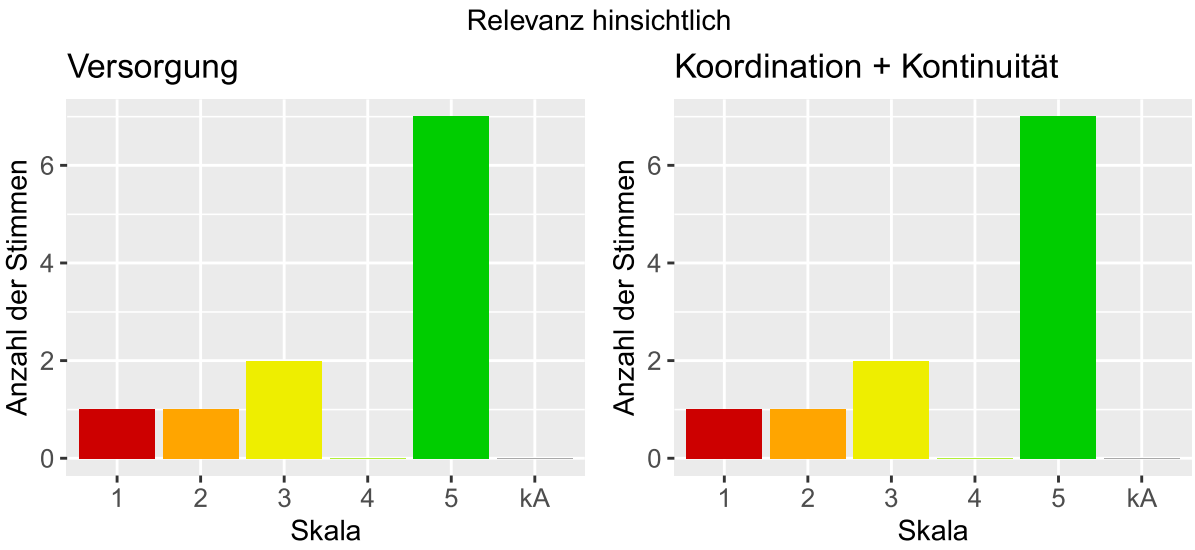
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem (a) Internist / fachärztliche Innere Medizin / (b) Kardiologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem (a) Internist / fachärztliche Innere Medizin / (b) Facharzt für Kardiologie mit Überweisung abgerechnet wurde.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die regelmäßig bei einem Hausarzt / Internist / Facharzt für Kardiologie vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die regelmäßig einen Abrechnungskontakt bei einem bei einem Hausarzt / Internist / Facharzt für Kardiologie im Beobachtungsjahr haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde

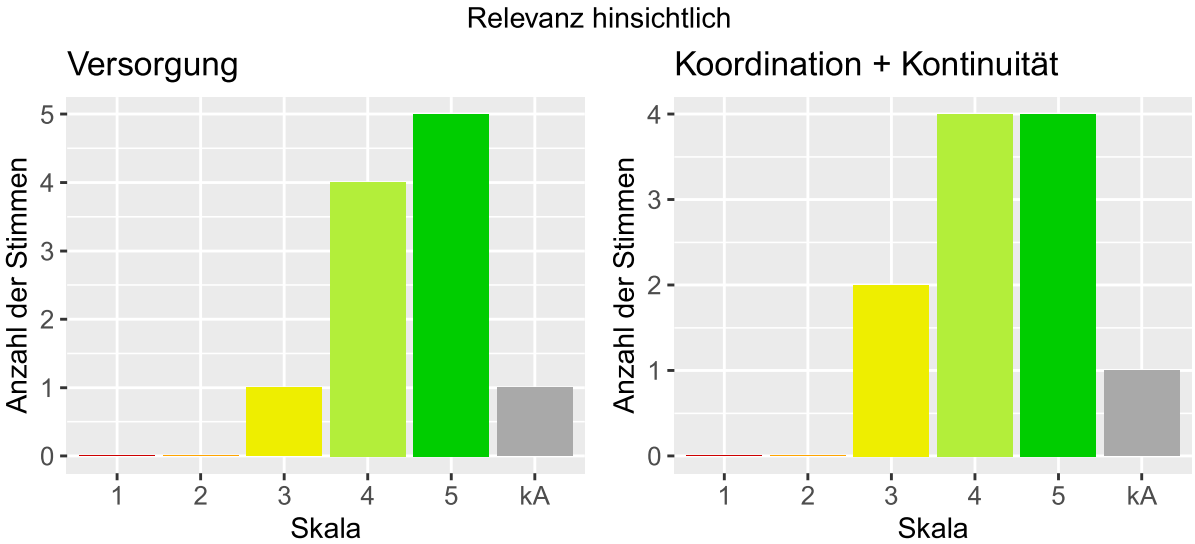
Abstimmungen zur Einschätzung der **angemessenen Mindestanzahl der Quartale des Beobachtungsjahrs** (vier Quartale), in denen ein Arztbesuch stattfinden sollte: Angaben der Teilnehmenden:

1 Teilnehmende: in einem von vier Quartalen;

1 Teilnehmende: in zwei von vier Quartalen;

0 Teilnehmende: in drei von vier Quartalen;

3 Teilnehmende: in jedem der vier Quartale.



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 10 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Offene Fragen - Beiträge der Panelteilnehmenden der ersten Abstimmungsrunde

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung vermieden werden sollten:

Abbildbar in Routinedaten:

- Angina pectoris, Herzinsuffizienz (2)
- Tod (4), Hohe Mortalität
- erneuter Myokardinfarkt, Reinfarkt (2), Re-Infarkt
- Stentthrombose
- ggf. Reintegration ins Arbeitsleben
- Fortschreiten der KHK, Progress KHK; Entwicklung einer dauerhaften symptomatischen Herzinsuffizienz

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Fortschreiten der KHK
- Ungeplante Re-Intervention
- Compliance verlieren
- Luftnot
- gefährliche Arrhythmien
- Dass nicht unnötige LDL-Ziele mit der Folge möglicher UAW von Statin-Hochdosen folgen
- Die Betreuungsangebote dürfen nicht mit der Entlassung aus der Reha enden. Gerade psychologische Angebote sind nach der Beinahe-Tod-Erfahrung sehr wichtig

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Komorbiditäten, z.B. Traumate, zu übersehen
- Leistungsminderung
- Beschwerdezunahme
- Verlust der Leistungsfähigkeit u. Selbstständigkeit
- Schmerzen
- Symptome wie Brustschmerz oder Armschmerz zu ignorieren
- Das Leben (mit den Risikofaktoren) vor dem Infarkt darf nach dem Infarkt nicht weiter fortgeführt werden.
- Einen 2. oder wiederholten Herzinfarkt mit anderen Symtomen wie der erste zu ignorieren
- Den Patienten unter Stress setzen. Auch einfache Aussagen oder Gespräche können großen Stress verursachen

- den Patienten unter Stress setzen, auch einfache Aussagen oder Gespräche können großen Stress verursachen
- beachten, dass die tatsächliche psychische Verfassung des Patienten oft nicht so ist, wie er sich gibt
- Dass man psychisch in ein Loch fällt, dass man sich hilflos und alleine fühlt. Ein Myokardinfarkt ist m.E. nicht das Ende des Lebens, sondern steht am Anfang eines weiteren Lebens unter veränderten Rahmenbedingungen, eines Lebens, das beispielsweise mir mehr Lust auf Bewegung, eine geänderte Speisekarte und gehörigen Gewichtsverlust sowie den Verzicht auf Nikotin brachte.

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung anzustreben sind:

Abbildbar in Routinedaten:

- ggf. Reintegration ins Arbeitsleben,
- Reduktion von Mortalität und Morbidität
- Neben der psychologischen Betreuung sind feste und regelmäßige Kontrolltermine beim Kardiologen unverzichtbar.

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Reduktion der Risikofaktoren, Therapie der Risikofaktoren
- Nach dem Einsetzen der Stents und Entlassung aus der Klinik sehr zeitnah ein Rehaaufenthalt: 1. Psychologische Betreuung, um wieder Mut zu fassen 2. Unter Überwachung kontrolliert und gezielt die Leistungsfähigkeit des Körpers wieder aufbauen (Fahrradergometer mit vorgegebener Wattzahl und zentraler Überwachung der Herzfunktion). Gibt die nötige Ruhe, nichts falsch zu machen und baut Zutrauen zum eigenen Körper wieder auf 3. DMP zur Überwachung des Blutbildes (insbesondere Cholesterinwerte) vierteljährlich; Belastungs-EKG zunächst halbjährlich, später 1x p.a. In dem Rhythmus ein Herzsonogramm; 4. Hilfe für herzgesunde Lebensweise (Ernährung, Stressmanagement, Bewegung).
- Technisch sind die Kardiologen schnell im Erklären: Gefäßverengung= Stent oder Bypass-OP, anschließend ein Leben lang Medikamente. Am Rande dann kurzer Appell an Änderung Lebensstil; Stress vermeiden und Rauchen aufgeben, auf Ernährung achten. Danach werden die Patient:innen oft allein gelassen.
- Die Rehabilitation ist eine Grundlage - der Aufenthalt in einer Rehaklinik ist nicht nur am Anfang wichtig, sondern auch im Laufe der Krankheit
- der richtige Blutdruck ist wichtig - hier besonders darauf achten - sportlich oder einfach nur aktiv sein

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Wiedererlangen der Leistungsfähigkeit; wiedererlangen der leistungsfähigkeit
- Überführung in regelmäßige, adäquate und selbstständige körperliche Aktivität.
- Erhalt von Selbständigkeit und Mobilität; Erhaltder Leistungsfähigkeit u. Selbstständigkeit
- Beschwerdefrei sich bewegen können; Symptomfreiheit
- Erhalt der Lebensqualität; Lebensqualität (2)
- Lebensstiländerungen (2)

- informierter Patient
- Krankheitsbewältigung
- Verhaltensmedizinische Modifikationen
- Stabilität
- Krankheitseinsicht
- Abfragen von Komorbidität, z.B. Schilddrüsenerkrankung. Das ist für Katheteruntersuchungen, die eine Gabe von Kontrastmittel nötig machen, sehr wichtig. Wenn eine Kontrastmittelunverträglichkeit vorliegt, kann es zur Komplikation kommen (Überfunktion der Schilddrüse, Folge oft Herzbeschwerden mit Vorhofflimmern). In den Arztbriefen wird dann vermerkt, dass Kontrolleingriffe (mit Kontrastmittel) nur mit vorheriger Gabe von Irenat-Tropfen über einige Tage erfolgen dürfen. In schweren Fällen der Überfunktion der Schilddrüse ist eine Radio-Jod-Therapie nötig. Ich halte es für wünschenswert, dass o.g. Zusammenhang mehr Beachtung findet. Kardiologen denken oft nicht an die Schilddrüse. Als Patient muss man immer wieder darauf hinweisen. Ein überstandener Infarkt kann also bislang nicht aufgetretene Rhythmusstörungen zur Folge haben.
- Ein Netzwerk barrierefreier Hilfe und motivierender Unterstützung, Förderung und Forderung zu genügend Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen in die eigenen körperlichen Fähigkeiten und Grenzen. Teilnahme, Dabeisein, vielleicht Ankommen sind die Ziele.
- Hilfe/Anleitung zur Selbsthilfe, Patient muss verstehen, dass er ein wichtiger Partner im Team ist und selbst viel beitragen kann, wie seine gesundheitliche Entwicklung sein wird
- Verweis auf laienverständliche Informationen wie die der Deutschen Herzstiftung
- Verweis auf Selbsthilfegruppen/Herzsportgruppen
- Bei jedem Brustschmerz, Armschmerz sofort den Arzt konsultieren, Troponinwerte können vom Hausarzt sofort gemessen werden.
- Bei Reisen in das Ausland die ärztliche kardiologische Versorgung berücksichtigen, Notfallrufnummern des Landes notieren.
- Die psychologische Betreuung mit in das „Versorgungsportfolio“ aufnehmen. Oft wird die Krankheit und die damit verbundene Leistungseinschränkung und Änderung des Lebensstils von den Betroffenen ausgeblendet.

Aspekte der Koordination und Kontinuität, die bei einer (angemessenen) Versorgung relevant sind:

Abbildbar in Routinedaten:

- Nachsorge unter Vernetzung Hausarzt, Kardiologie, Reha/Sportmedizin, ggf. Diabetologe/Endokrinologe; Die regelmäßige pünktliche Überwachung durch den Kardiologen.
- stabile Arzt-Patientenbeziehung

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Kontrollen und Reduktion der Risikofaktoren; verlaufskontrollen der risikofaktoren
- kontrollierte Behütung zur Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit; regelmäßige Betreuung, Führung des/der Patienten:In u. Begleitung im Verlauf
- Gute Infrastruktur der Akutversorgung (PCI-Zentren)

- Therapietreue und Erkennung von kardiovaskulären Ereignissen
- Durchführung einer Ergometrie in der AHB, damit daraus bereits Daten für die Verordnung von Koronarsport entnommen werden können

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Hausärzt*innen nicht mit überzogenen ESC-Empfehlungen zur LDL-Senkung belästigt werden
- Tertiäre Prävention in den Lebenswelten
- informierte Patient was ist zu tun wenn...
- Der Kardiologe und der Hausarzt müssen voneinander wissen, wie es dem Patienten geht, damit einer von den beiden entsprechend auf den Patienten eingehen kann. Eine regelmäßige Besprechung mit dem Patienten ist somit wichtig.
- Ein Netzwerk barrierefreier Hilfe und motivierender Unterstützung aus einer ganzen Reihe von Akteuren, man selbst, die Familie, Freunde und Bekannte, Vereine, Ärzte, Therapeuten, Kliniken, Organisationen und Vereine.
- Keine Empfehlungen zu Routine-Sekundär-Koronarangiographien
- Die Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte könnte mithilfe der elektronischen Akte, integrierte Patientenakte, auf die nur die behandelnden Ärzte Zugriff haben, deutlich vereinfacht werden. Patient:innen legen die Zugriffsrechte fest. Alle relevanten Daten könnten dort hinterlegt und für Diagnose und die jeweilige Therapie genutzt werden. Der Kardiologe speist die kardiologischen Daten, der Diabetologe die Blutzuckerwerte, der Hausarzt die Vitalwerte und andere Krankheiten, Medikamente des Patienten ein etc. Aufwendige und zeitraubende Doppelleistungen könnten vermieden werden. Die Diagnose und Therapie könnten deutlich schneller und effizienter erfolgen. Also ein Gesamtbild, das eine gute Beurteilung und Prognose ermöglicht und gleichzeitig Kontraindikationen aufdeckt. Wenn der integrierte Lösungsansatz, in die Zukunft geblickt, noch mit künstlicher Intelligenz verknüpft wird, wird dieses Informationsmanagement meiner Meinung nach die medizinische Versorgung deutlich verbessern. Vom Ärztemangel einmal ganz abgesehen.

Depression

Überblick über die Bewertungen der Indikatoren zu Depression

Kategorie	Einschluss	Ausschluss	Unentschieden	Gesamtanzahl
Relevante Prozesse	4	0	7	11
Patientensicherheit	1	0	6	7
Kontinuität und Koordination	4	0	4	8

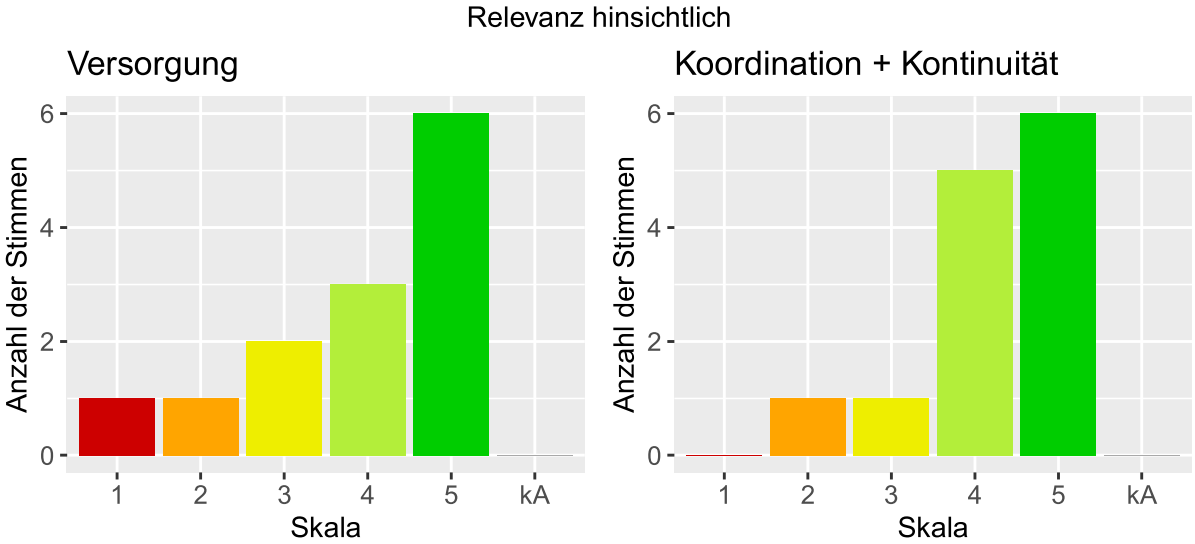
Die Bewertungen der Indikatoren zu Depression sind auf den folgenden Seiten detailliert beschrieben.

Depression - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr eine Psychotherapie zur Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Psychotherapie verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

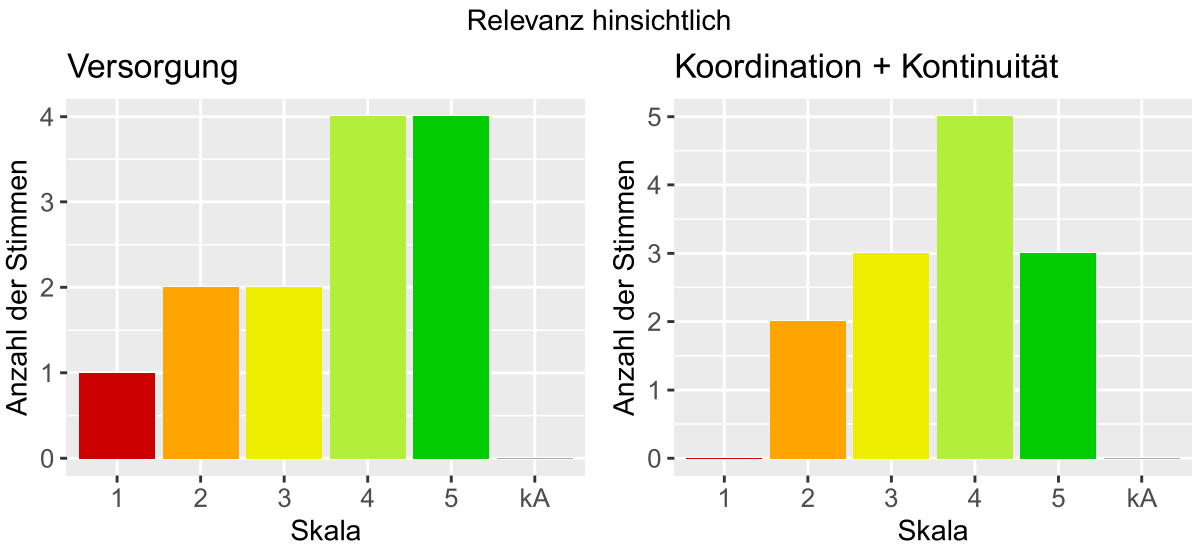
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit chronischer Depression, die im Beobachtungsjahr entweder eine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) oder eine stationäre Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) verordnet und erhalten haben und keinen stationären Aufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression anhaltend kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

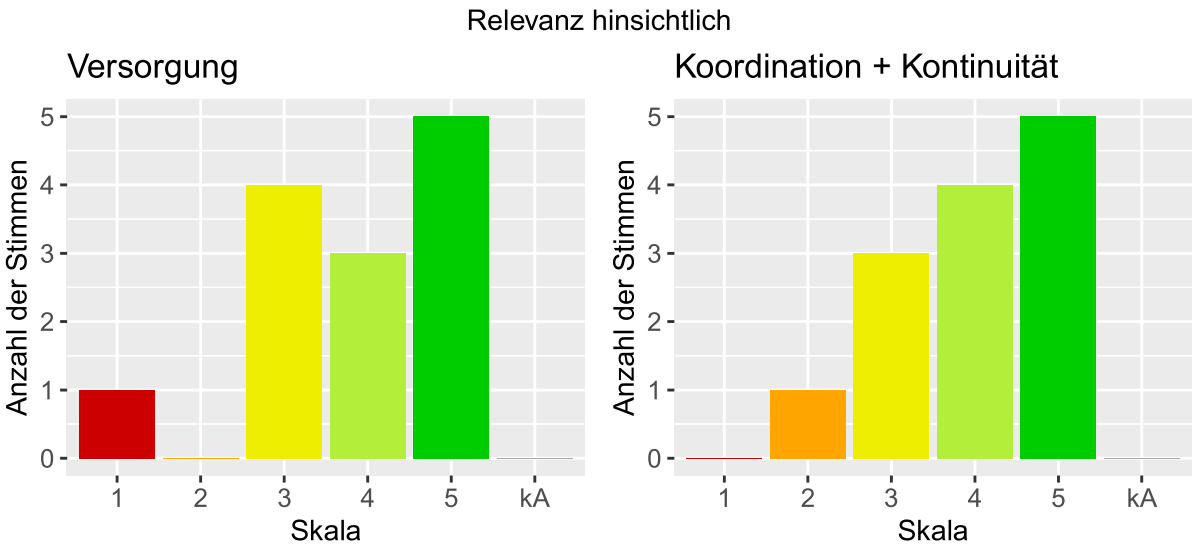
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 3 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die im Beobachtungsjahr entweder eine ausreichende Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) oder eine stationäre Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben und einen Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

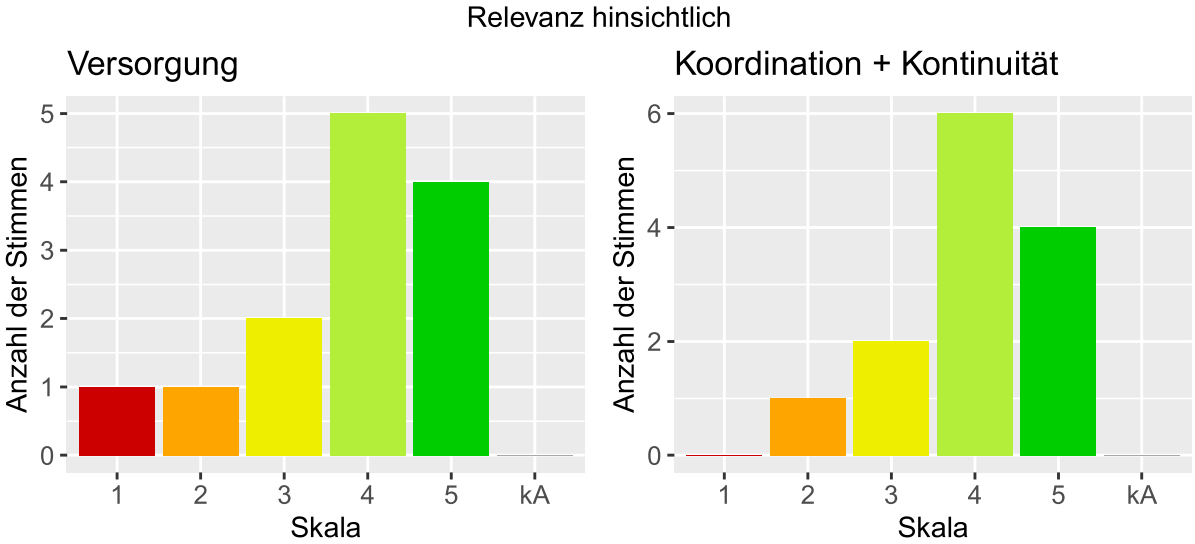
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger Depression, die im Beobachtungsjahr Psychotherapie oder ein Antidepressivum zur Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anteil der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige Depression akut kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

11 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

0 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

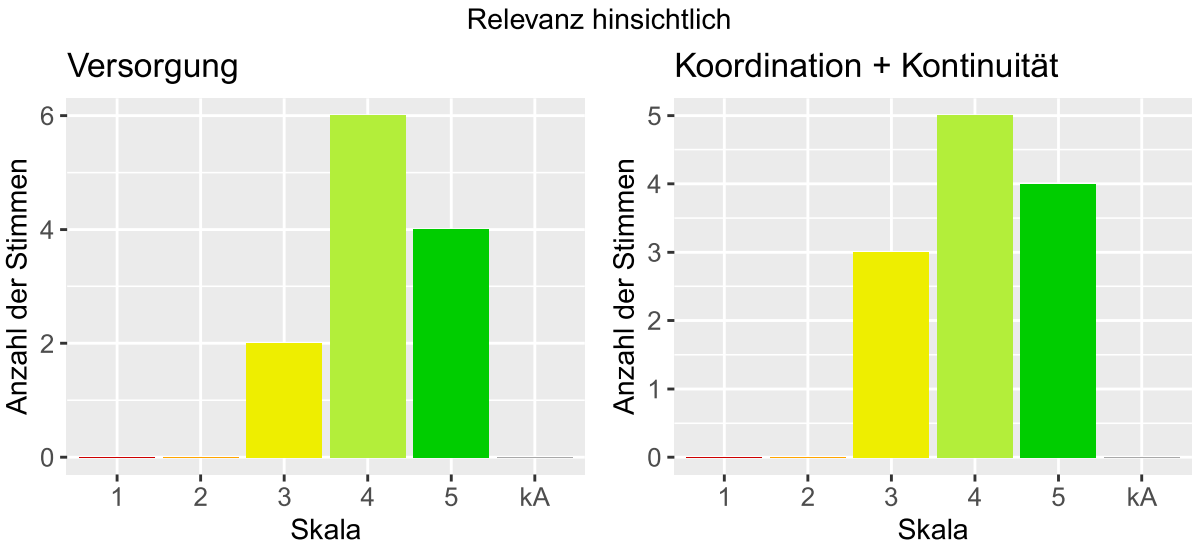
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression mit mindestens einer mittelschweren Episode, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva mindestens über zwei aufeinanderfolgenden Quartalen erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens zwei aufeinanderfolgende Quartale Antidepressivum verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mindestens mittelgradige Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

11 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

0 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

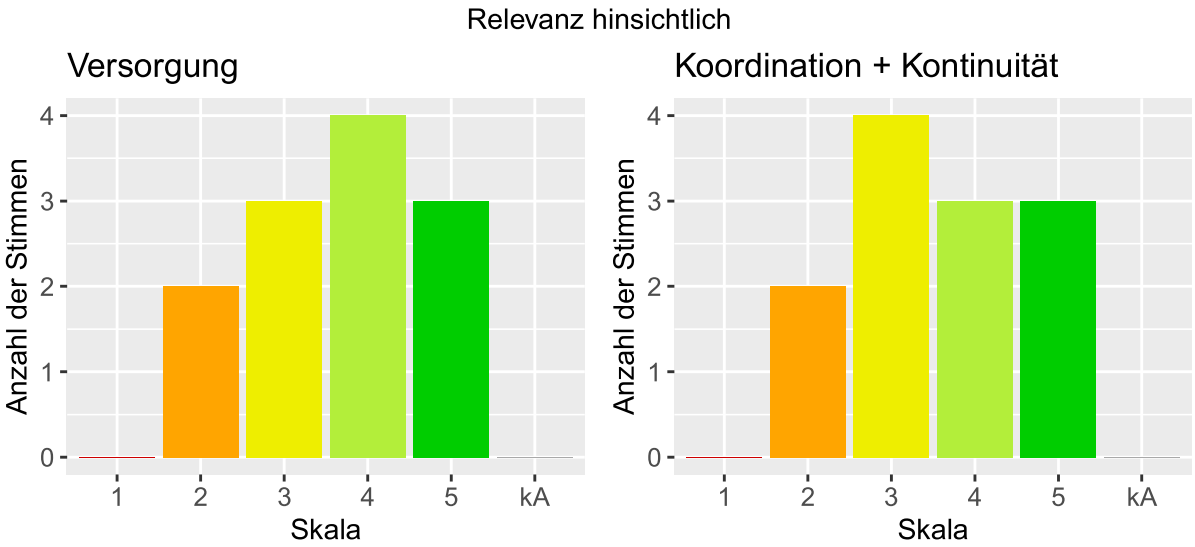
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 6 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologischer Therapie erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva und eine Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

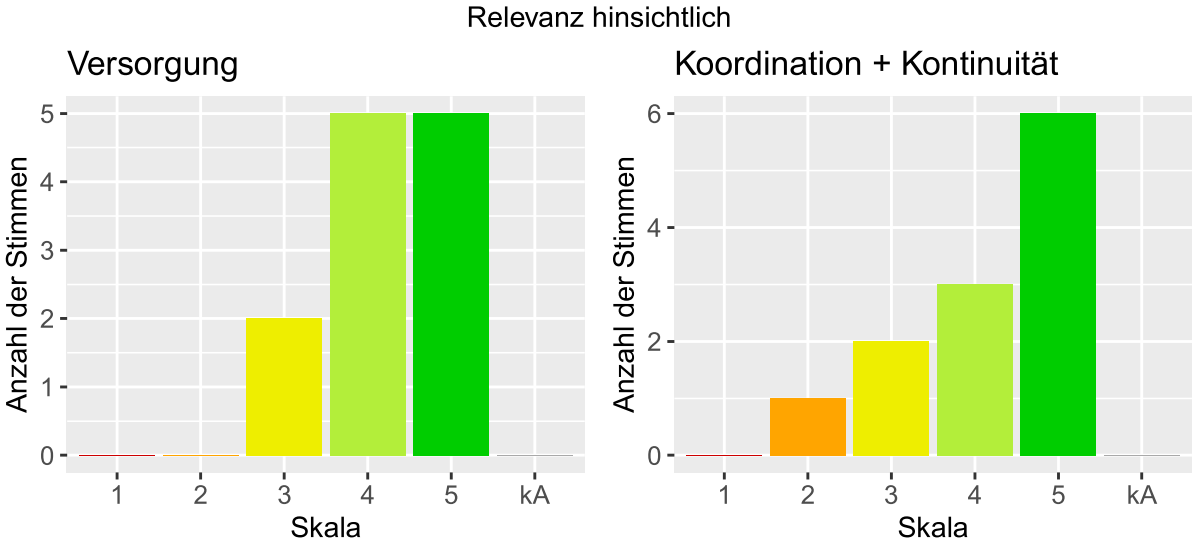
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit schwerer oder psychotischer Depression oder schwerer psychotischer Komorbidität, die Antidepressiva erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressivum mindestens acht aufeinanderfolgende Quartale verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

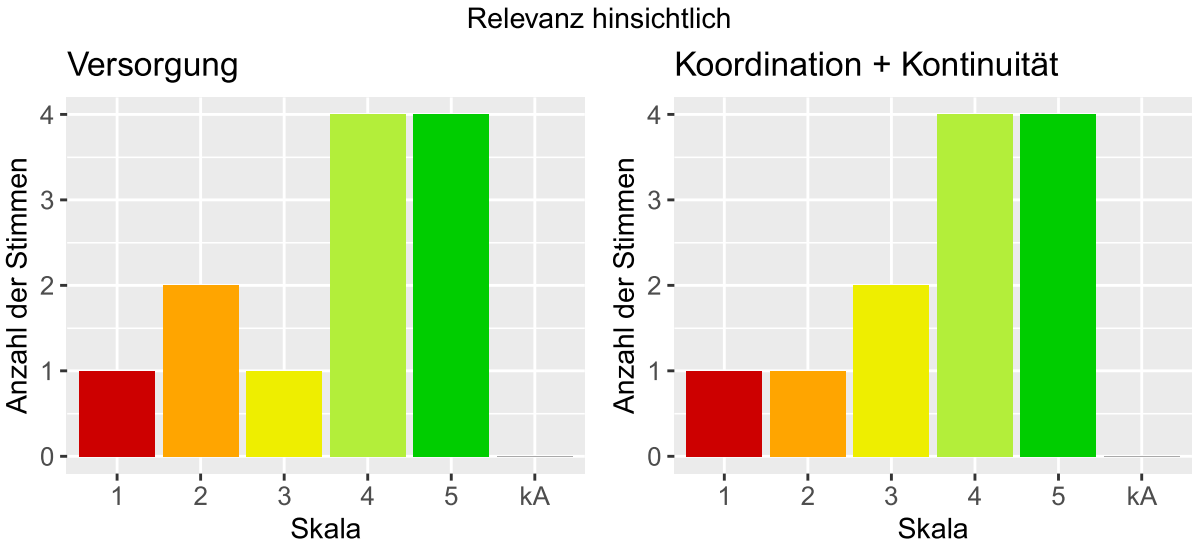
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression und chronischer physischen Komorbidität, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologischen Therapie erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva und eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologische Therapie verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression sowie eine chronische physische Komorbidität kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

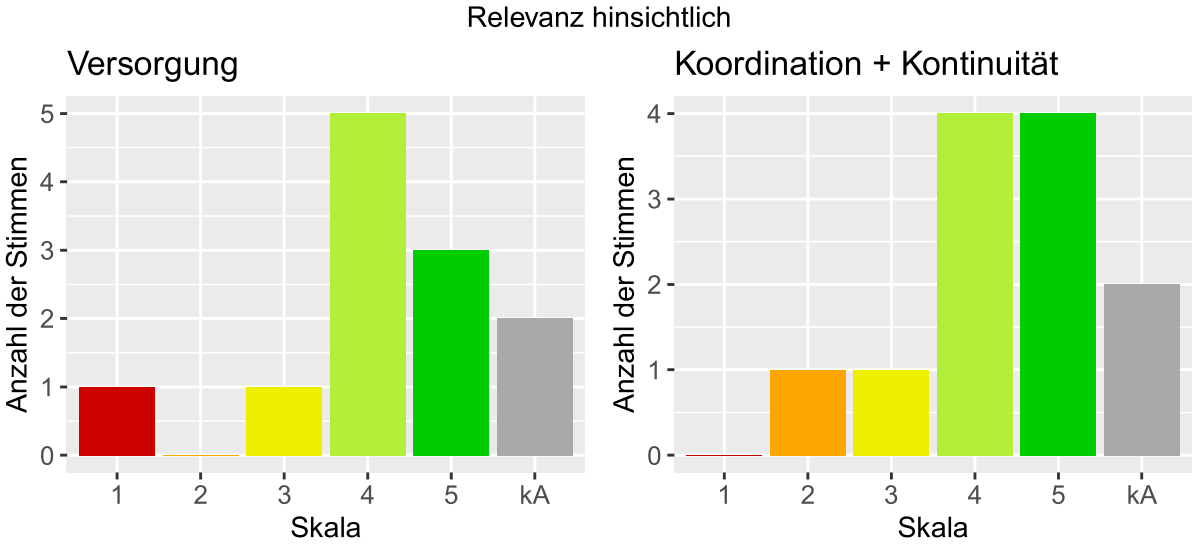
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 9 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Patient:innen mit rezidivierender Depression oder resistenter Depression, die Lithium erhalten und die eine Blutuntersuchung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Lithium und die eine Blutuntersuchung verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

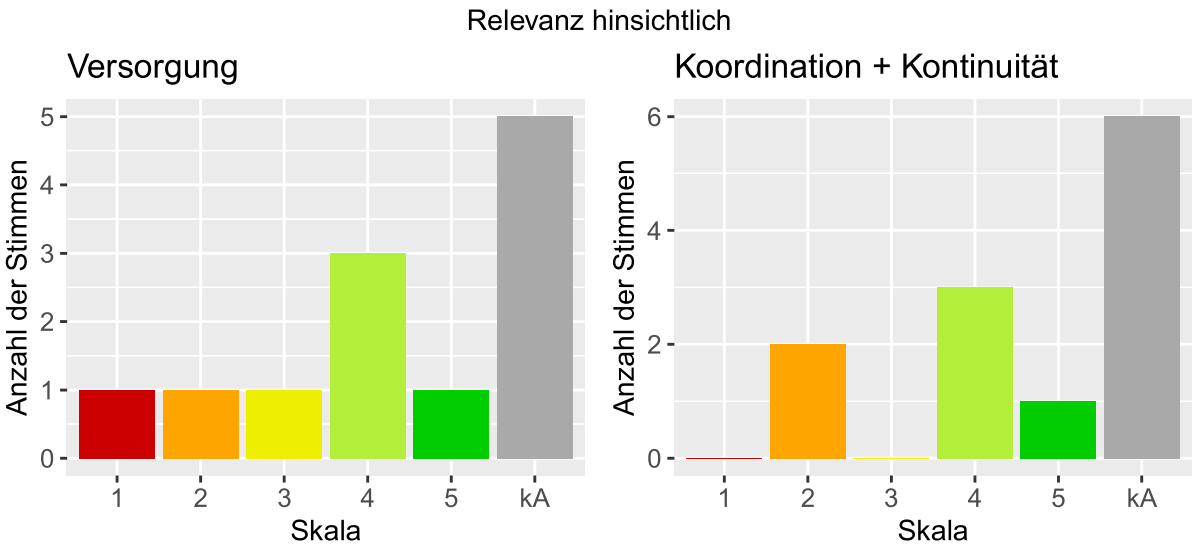
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Patient:innen mit rezidivierender Depression oder resistenter Depression, die Lithium erhalten und deren Calciumspiegel durch eine Blutuntersuchung regelmäßig untersucht wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Lithium verordnet und erhalten haben und die eine Blutuntersuchung: Calcium alle drei Monate/ alle sechs Monate erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

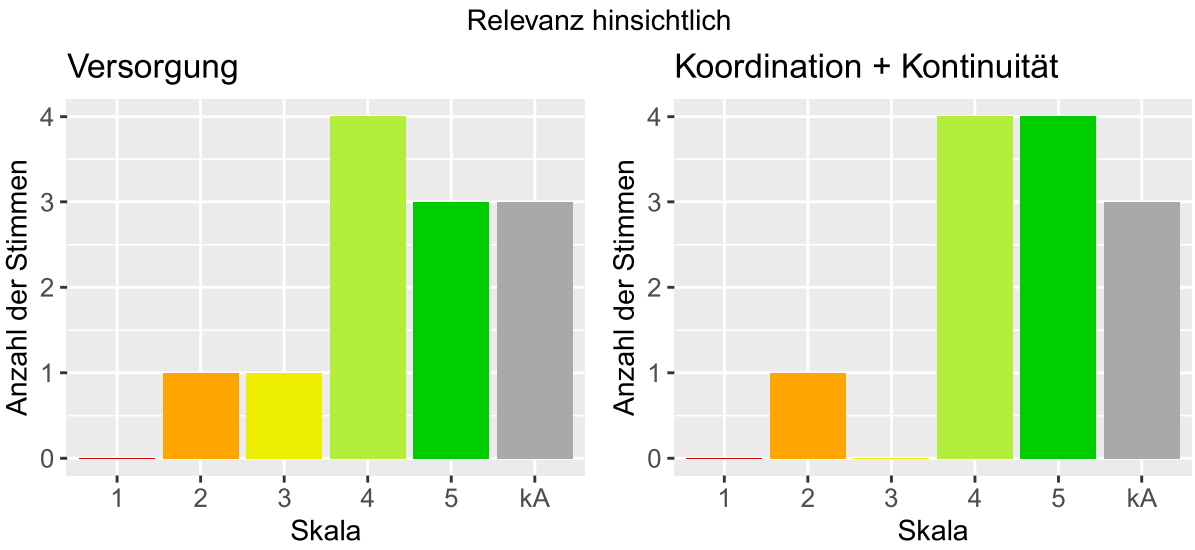
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 11 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Patient:innen mit rezidivierender Depression oder resistenter Depression die Lithium erhalten und deren Nierenund Schilddrüsenfunktion regelmäßig geprüft wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Lithium verordnet und erhalten haben und deren Nieren- und Schilddrüsenfunktion alle drei Monate/ alle sechs Monate überprüft wird.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

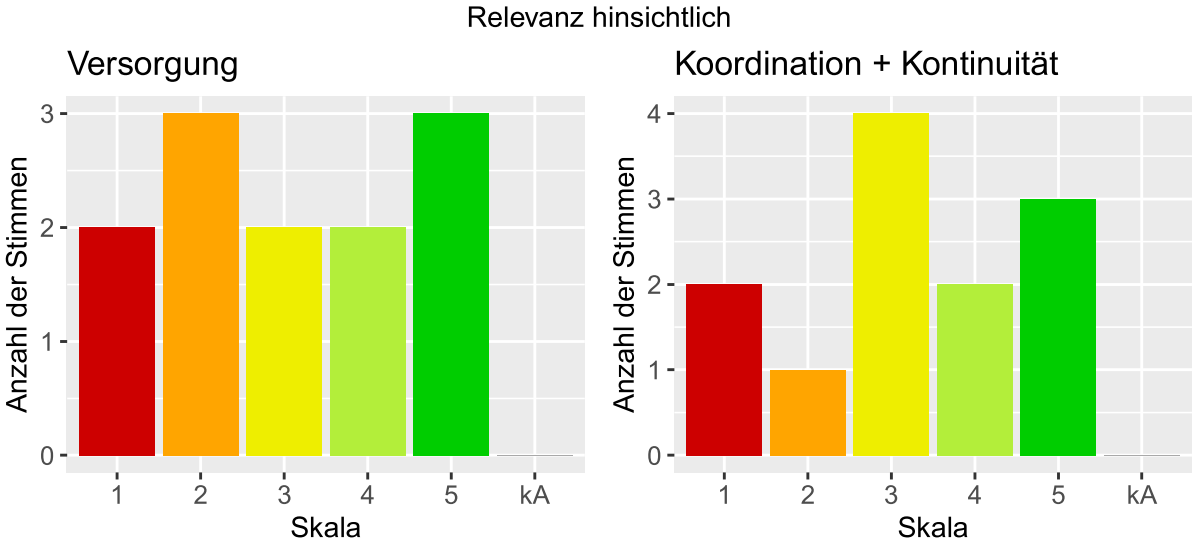
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 1 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit leichten depressiven Episoden, die Antidepressiva zur Erstbehandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression erstmals kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

11 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

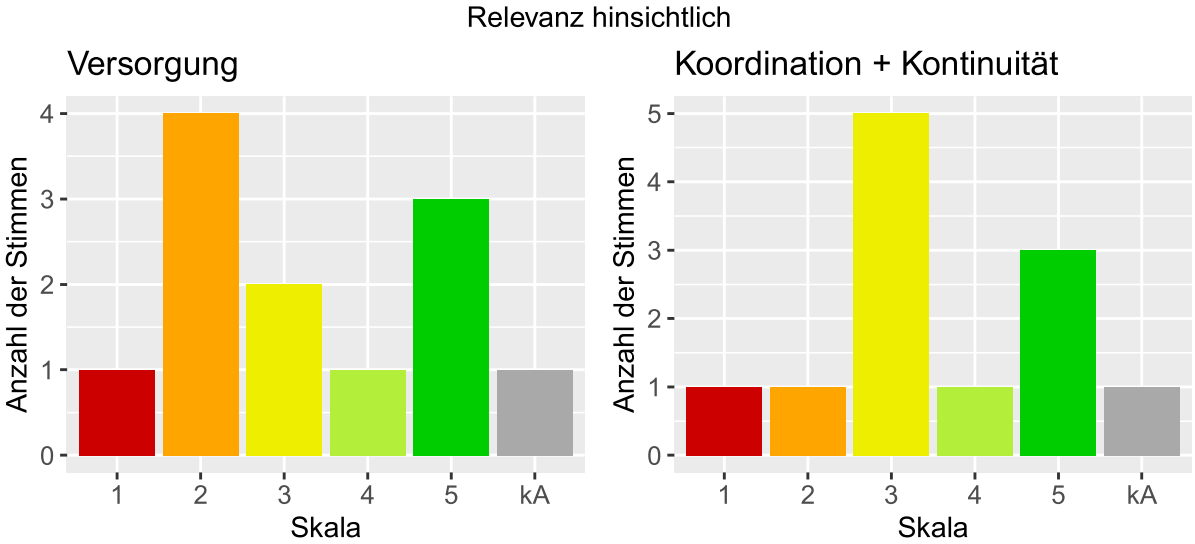
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 2 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit leichter Depression ohne psychische Komorbidität, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressivum (mindestens einmal) verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression ohne psychische Komorbidität kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

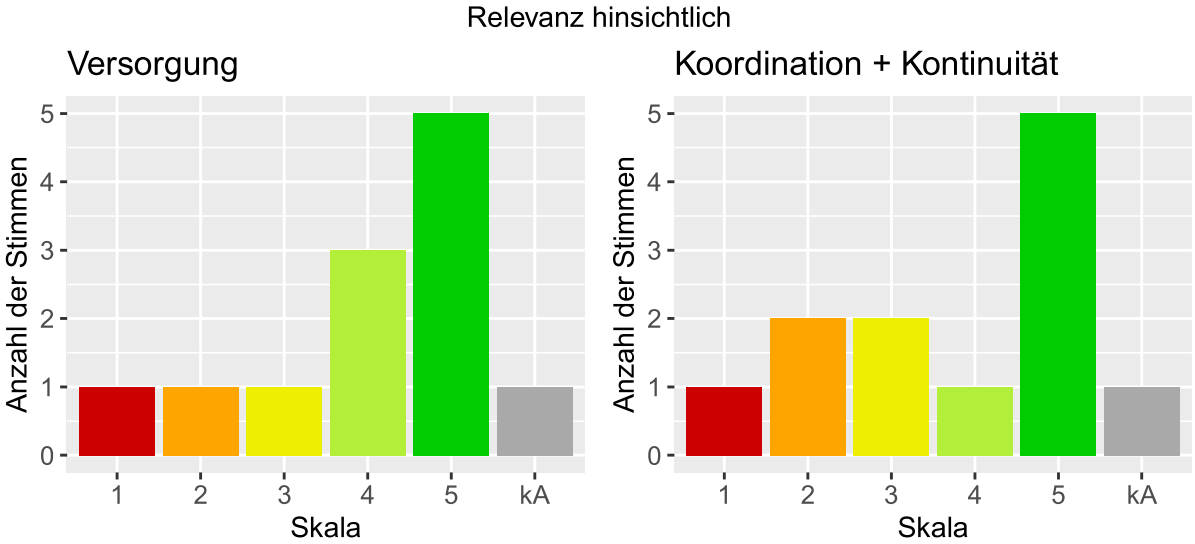
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 3 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit leichter Depression, die Benzodiazepine oder z-Substanzen erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Benzodiazepine oder z-Substanzen verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

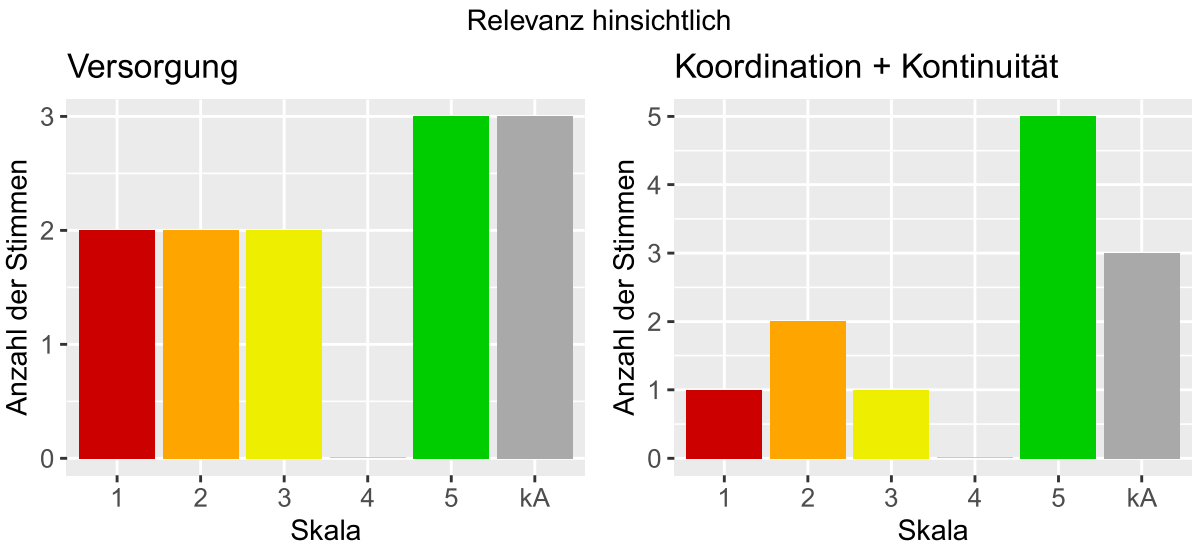
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 4 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, die Ketamin ambulant erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Ketamin verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

0 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 11 übersprangen diese Frage.

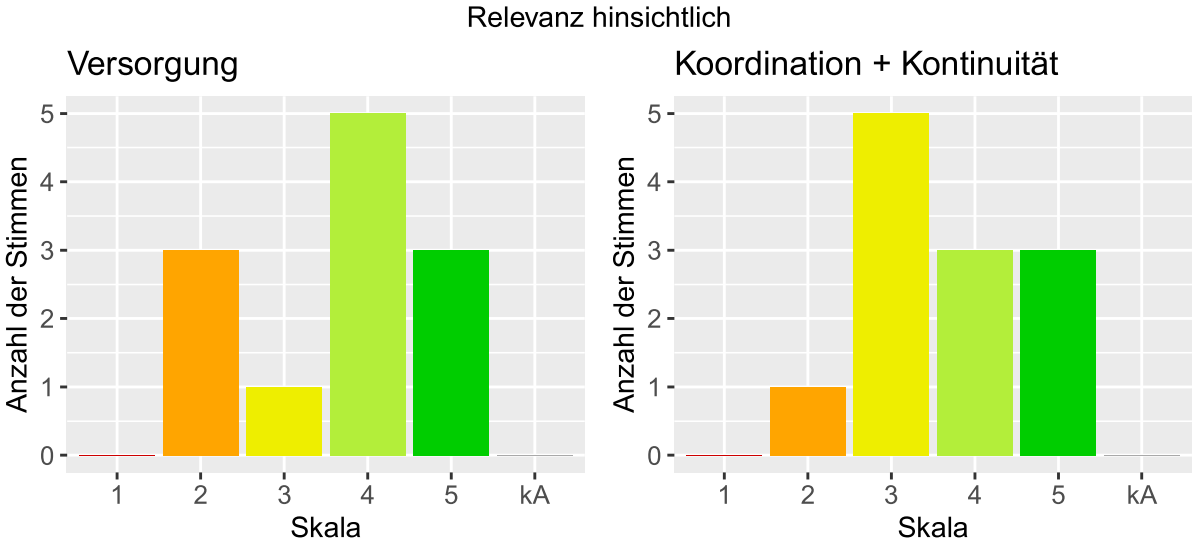
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 5 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, die mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im Beobachtungsjahr haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

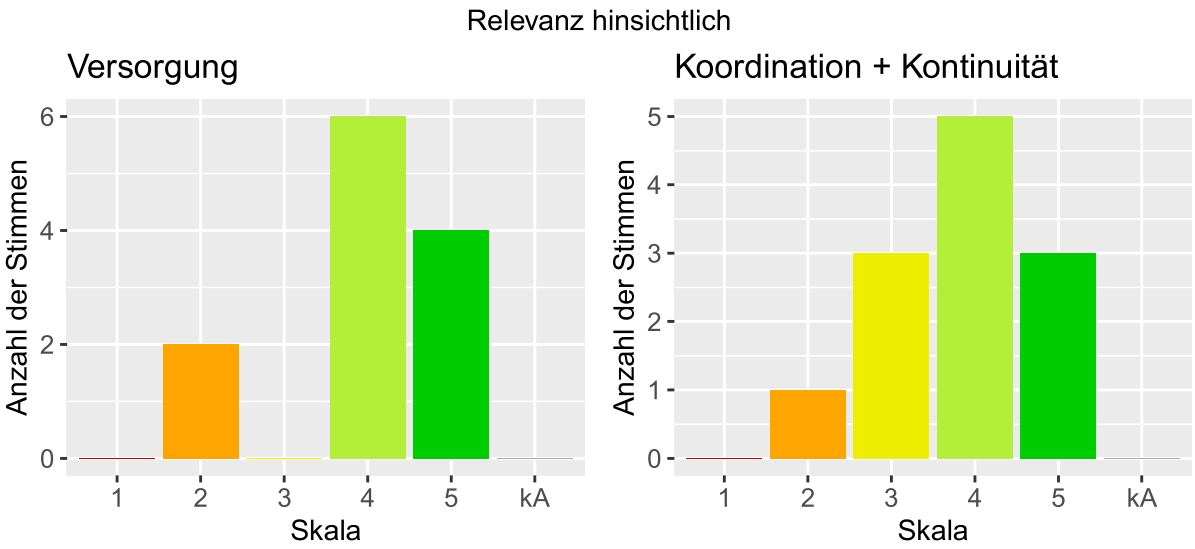
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 6 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr mehr als einen Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mehr als einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose (ICD) haben. (Wiederholter Krankenhausaufenthalt)
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

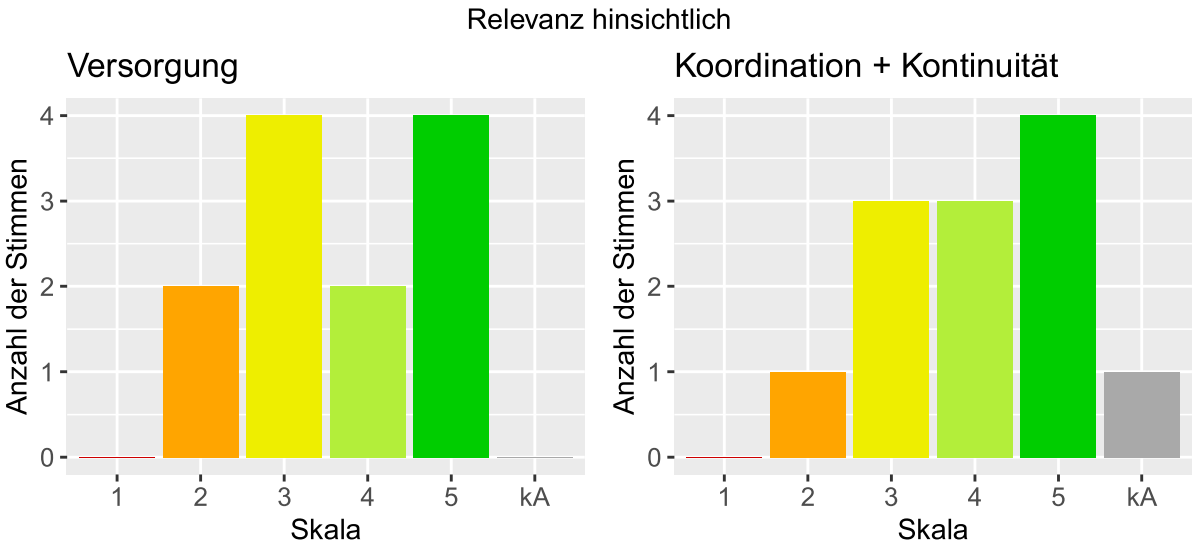
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 7 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, die einen stationären Aufenthalt haben und nach Entlassung eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraum (z.B. 30 Tage, 90 Tage) stattfindet.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben und eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums stattfindet.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

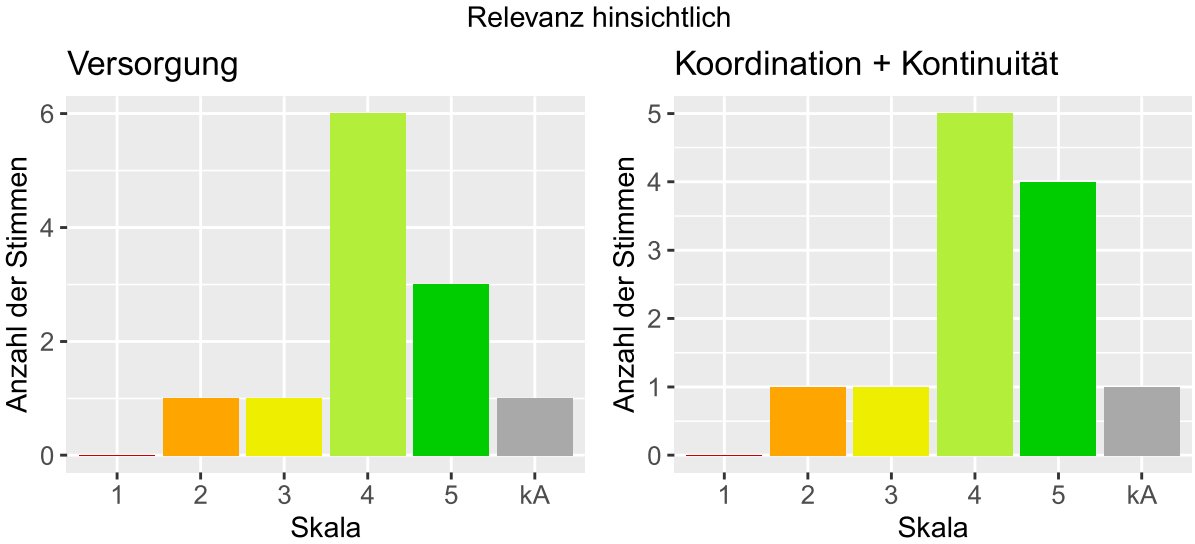
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 1 - Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression, die kontinuierlich über mindestens 180 Tage (6 Monate) Antidepressiva zur Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die über mindestens zwei Folgequartale Antidepressiva verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

1 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 9 übersprangen diese Frage.

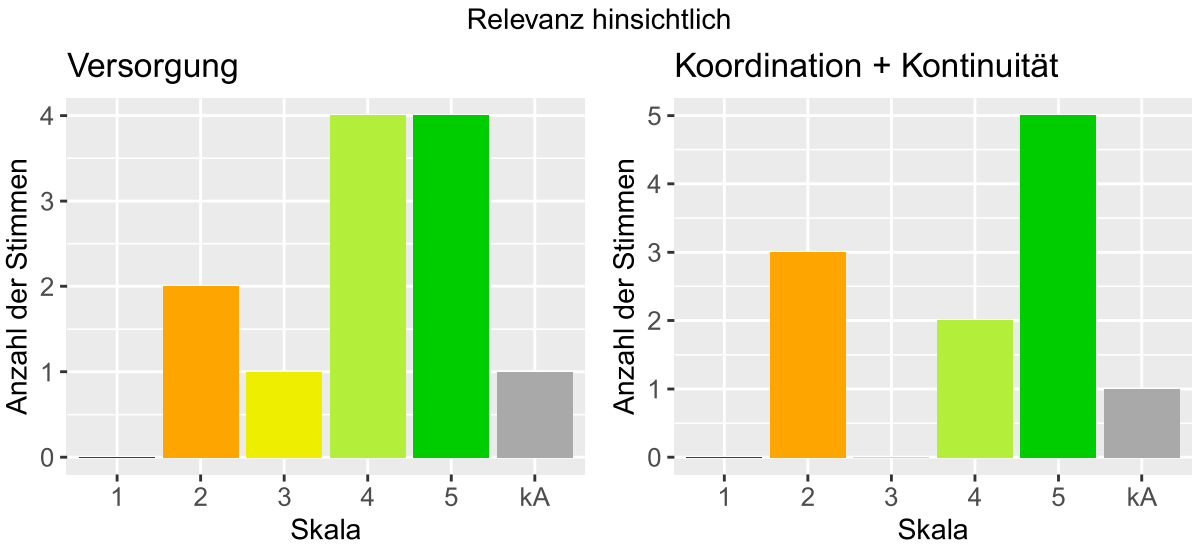
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 2 - Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression, die im Folgequartal der Diagnosestellung bei einem Arzt im ambulanten Bereich vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Folgequartal der Erstdiagnose ambulant einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Hausarzt oder Psychiater) haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

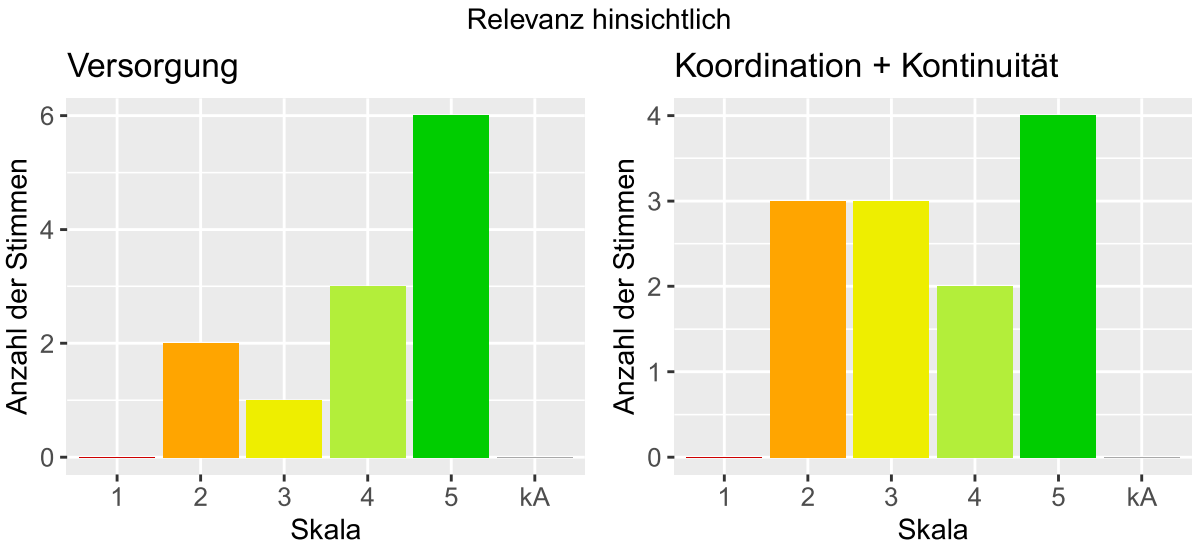
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 3 - Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit schwerer oder psychotischer Depression oder schweren psychotischer Komorbidität, die im Beobachtungsjahr ambulant bei einem Psychiater oder einem Allgemeinmediziner vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens in einem Quartal einen Abrechnungskontakt zu eine:m Psychiater:in oder eine:n Hausarzt:in haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

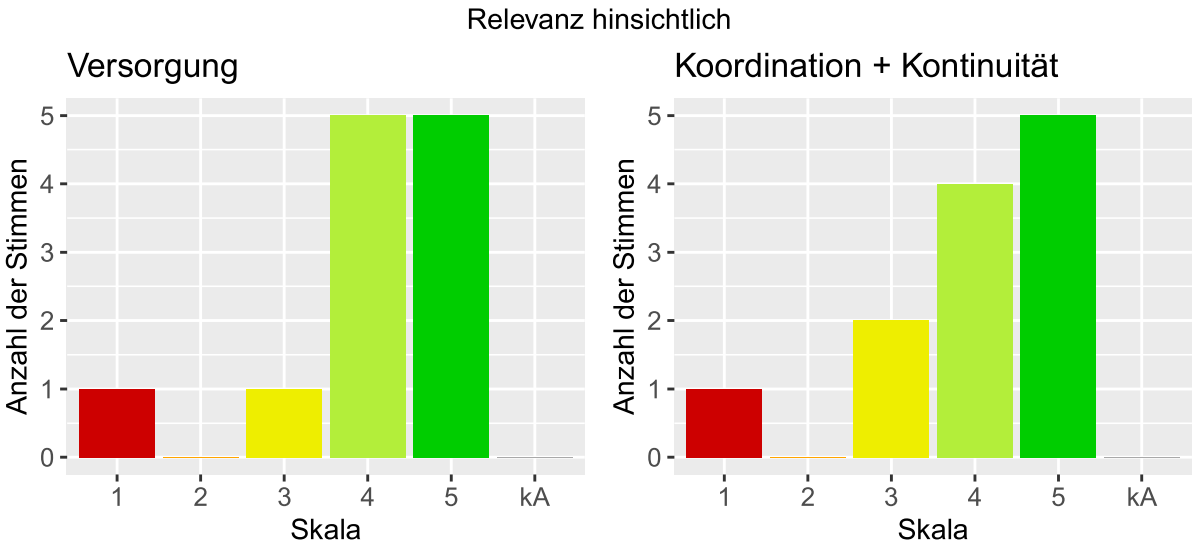
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 4 - Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr regelmäßig bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in jedem Quartal einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Psychiater:in oder Psychotherapeut:in) haben.
Nenner	Anteil der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 5 - Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression und kontinuierlichem Arztkontakt im Beobachtungsjahr.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens x Quartalen einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut, FA für psychosomatische Medizin, FA Psychiatrie) haben. Hinweis: Die Anzahl der Quartale in denen ein Arztkontakt stattfinden soll, wird im Folgenden erfragt.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde

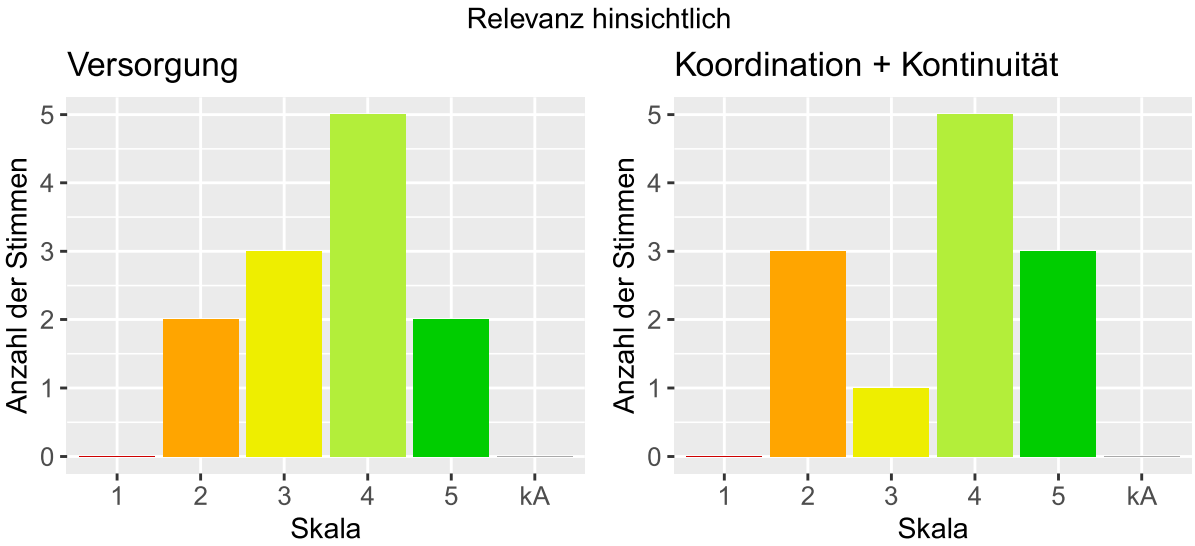
Abstimmungen zur Einschätzung der **angemessenen Mindestanzahl der Quartale des Beobachtungsjahrs** (vier Quartale), in denen ein Arztbesuch stattfinden sollte: Angaben der Teilnehmenden:

0 Teilnehmende: in einem von vier Quartalen;

3 Teilnehmende: in zwei von vier Quartalen;

1 Teilnehmende: in drei von vier Quartalen;

4 Teilnehmende: in jedem der vier Quartale.



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

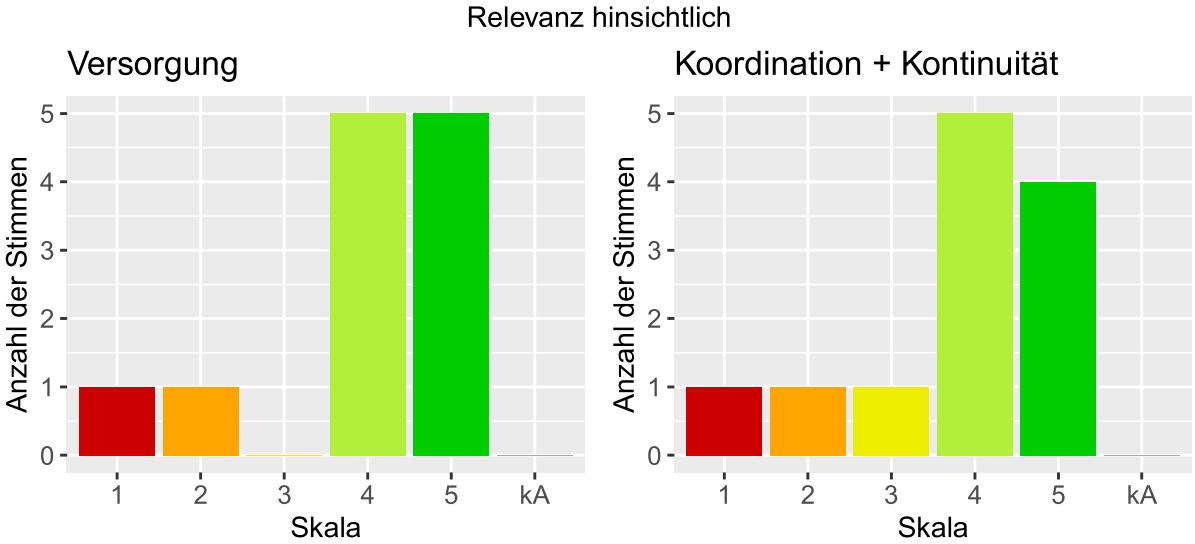
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 6 - Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, die nach Absetzten der Antidepressivabehandlung regelmäßigen Arztkontakt halten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva mindestens einmalig in Anspruch genommen haben, die Medikation absetzen und in den zwei Folgequartalen ambulante Abrechnungskontakte haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

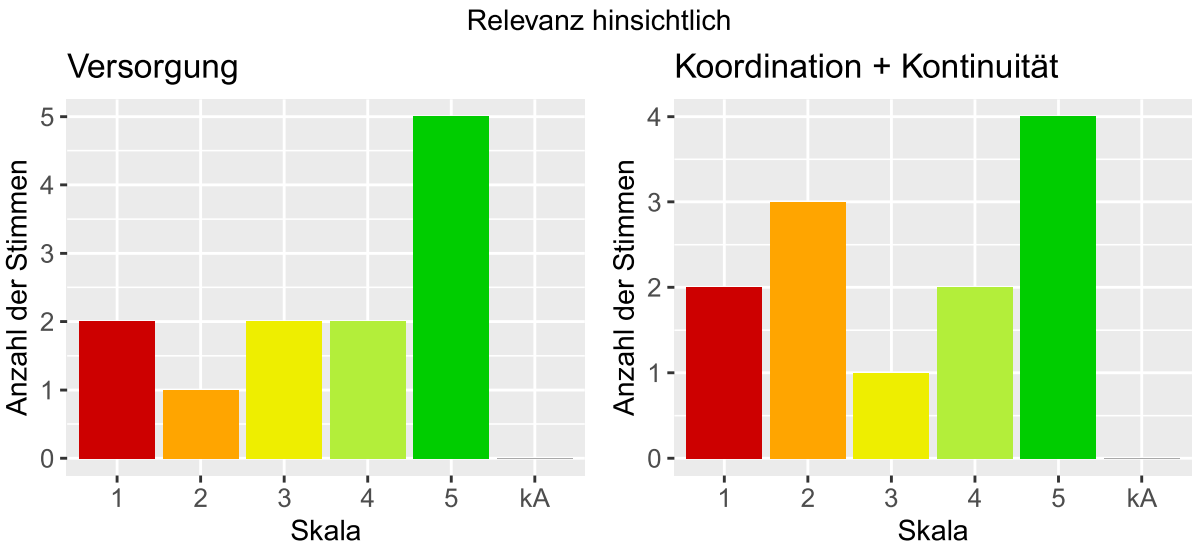
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 7 - Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, mit längerer AU-Zeit im Beobachtungsjahr ohne Ansatz einer intensivierten Behandlung.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) in Folge haben und keine Antidepressiva oder Psychotherapie verordnet und erhalten haben oder einen stationären Aufenthalt haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

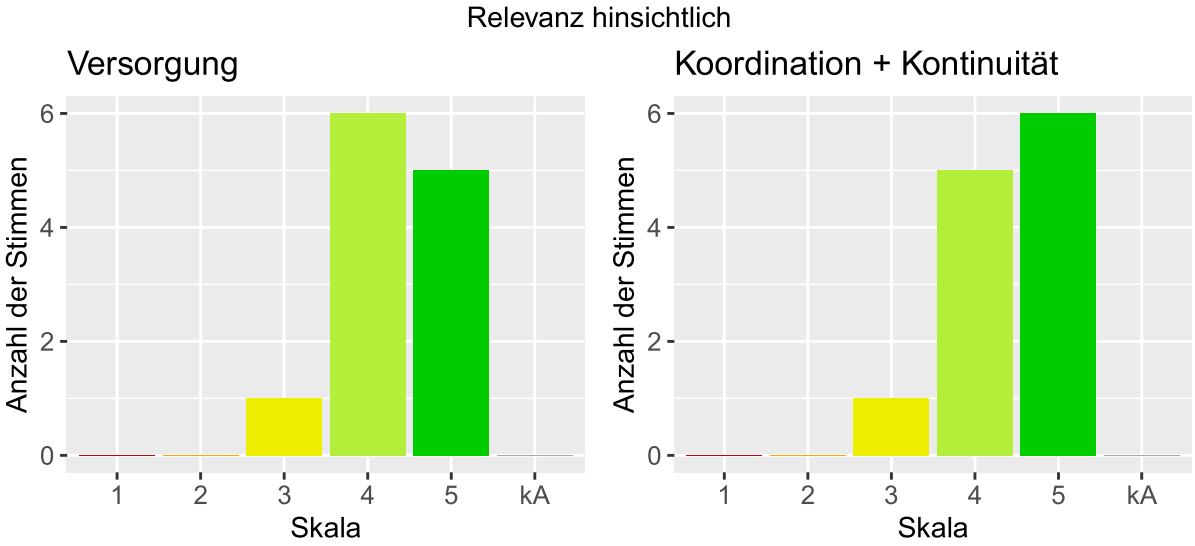
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Depression - Indikator 8 - Kontinuität

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Depression, der nach einem stationären Aufenthalt (aufgrund der Diagnose) spätestens im Folgequartal ambulant bei einem FA für Psychiatrie, FA für Psychosomatik oder einem FA für Psychotherapie vorstellig sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben und im Folgequartal einen ambulanten Abrechnungskontakt zu einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie, für Psychosomatik oder für Psychotherapie haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Offene Fragen - Beiträge der Panelteilnehmenden der ersten Abstimmungsrunde

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung vermieden werden sollten:

Abbildbar in Routinedaten:

- lange AU-Zeiten, Arbeitsfähigkeit
- Polypharmazie
- schwere depressive Episode, Verschlechterung, Verschlechterung der Depression
- Vermeidung von Folgeerkrankungen
- Klinikeinweisungen
- UAW durch Medikamente

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Chronifizierung (3)
- dass diese [Patient:innen] die Behandlung mit Medikamenten oder die Psychotherapie abbrechen
- mangelnde/fehlende Behandlung
- Suizid (5), Suizid/-versuch, Suizidalität
- Medikamentöse Abhängigkeit (z. B. Benzodiazepine)
- Lange Wartezeiten auf Therapieplatz
- Unterdiagnostik

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- sozialer Rückzug, soziale Isolation, Störungen im Sozialverhalten-/leben, Einschränkung sozialer Teilhabe/Isolierung
- Dass diese [Patient:innen] sich nicht in Therapie begeben
- Partnerschaften

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung anzustreben sind:

Abbildbar in Routinedaten:

- Reduktion der Depression
- restitutio
- Regelmäßige und ausreichend lange Behandlung entsprechend der Leitlinie
- Vermeidung einer Langzeiterkrankung

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- schnellstmögliche Psychotherapeutische oder/und Psychologische Mitbetreuung

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- soziale Eingebundenheit / Teilhabe am sozialen Leben / erhalt der Sozialkontakte / Soziale Kontakte
- Erhalt der Selbstversorgung / Eigenständigkeit / Besserung Alltagskompetenz
- Wiedererlangung der Lebensfreude (2) / Selbstwertgefühl / Stabilisierung des Selbstwertgefühls, der Leistungsfähigkeit
- Verbesserter Umgang mit depressiven Episoden (Coping) /Stärkung Selbstwirksamkeit,
- Körperliche/soziale Aktivierung
- Verbesserung der Lebensqualität / nicht an Depression denken
- Eingehen auf individuelle Patientenwirklichkeit

Aspekte der Koordination und Kontinuität, die bei einer (angemessenen) Versorgung relevant sind:

Abbildbar in Routinedaten:

- psychotherapeutische Begleitung
- Fachärztlicher/Fachpsychotherapeutische Betreuung
- medikamentöse und therapeutische Behandlung

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Unterstützung bei der Eigenständigkeit
- regelmäßige Kontrolle und Anpassung der Medikation
- Rücksprache bei gleichzeitiger Behandlung durch Facharzt (medikamentöse Behandlung) und Psychotherapeut
- Frühzeitige Diagnostik im Rehabereich, vor allem bei PatientInnen mit Organerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Rückenschmerzen)
- Frühzeitige Einbindung psychotherapeutischer Kompetenz
- Engmaschige Anbindung aufgrund der Vielfältigkeit des Krankheitsbildes; schnellstmögliche psychotherapeutische u. -logische mitbetreuung,
- zu wenig Psychotherapeuten/Psychologen und Therapieplätze; Riesen-Problem der Verfügbarkeit von Psychotherapie
- Beobachtung, dass häufig Psychotherapie selbst nicht hilft und zu Chronifizierung führt

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Frühzeitige Diagnostik beim Haus-/Allgemeinarzt, vor allem bei PatientInnen mit Organerkrankungen, für deren Verlauf eine erhöhte Depressivität ungünstig ist (z. B. Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Rückenschmerzen)

- Compliance bezüglich Medikamenteneinnahme
- Compliance bezüglich Psychotherapie
- kooperative Zusammenarbeit der an der Behandlung beteiligten Patientensichtweise, Krankheitskonzept etc.
- Kommunikation auf Augenhöhe

Rückenschmerzen

Überblick über die Bewertungen der Indikatoren zu Rückenschmerz

Kategorie	Einschluss	Ausschluss	Unentschieden	Gesamtanzahl
Relevante Prozesse	1	0	0	1
Patientensicherheit	1	0	20	21
Kontinuität und Koordination	0	0	2	2

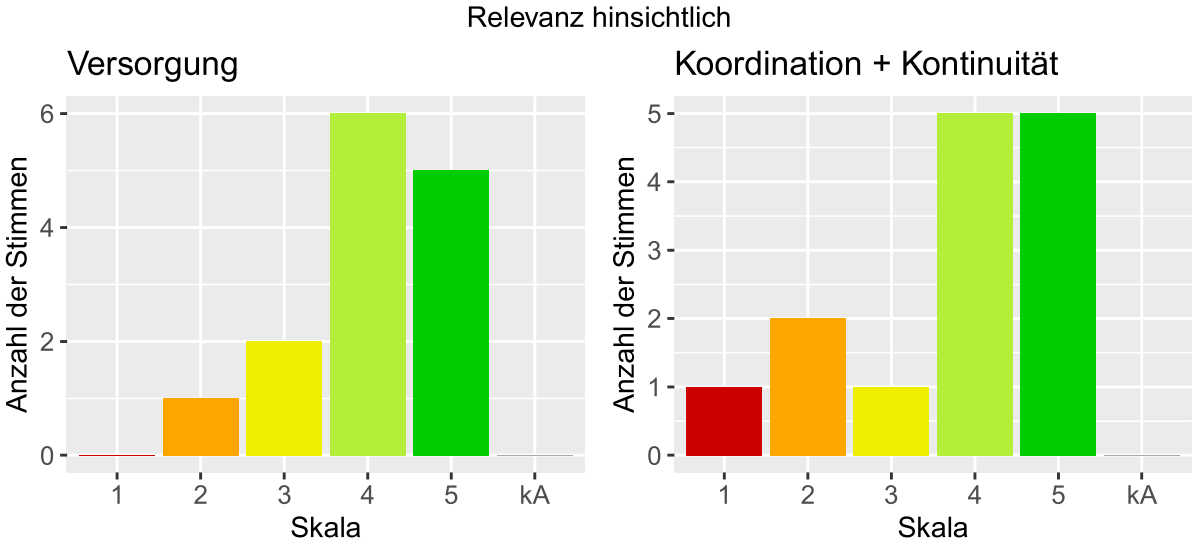
Die Bewertungen der Indikatoren zu Rückenschmerz sind auf den folgenden Seiten detailliert beschrieben.

Rückenschmerz - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit anhaltendem Rückenschmerz, die eine multimodale Schmerztherapie ambulant oder stationär erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine multimodale Schmerztherapie ambulant oder stationär erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz anhaltend kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

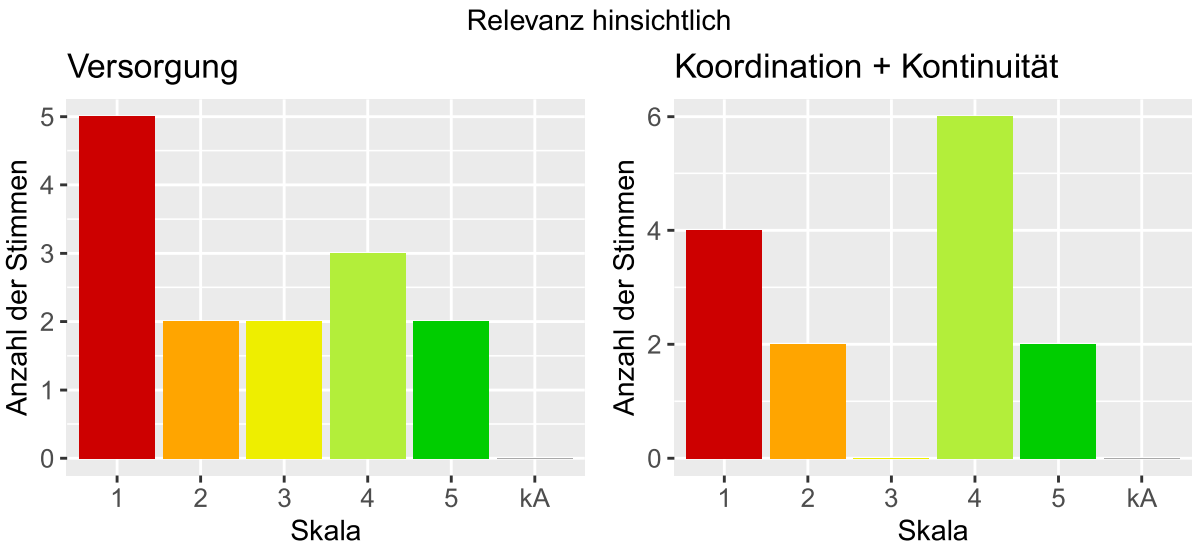
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 1 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit akuten Rückenschmerzen, bei denen im Beobachtungsjahr bei ihrem ersten ambulanten Arztbesuch eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Besuch aufgrund von Rückenschmerzen ein Röntgenbild der Wirbelsäule durchgeführt wird.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr eine Neu-Kodierung von unspezifische Rückenschmerzen stattfindet.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

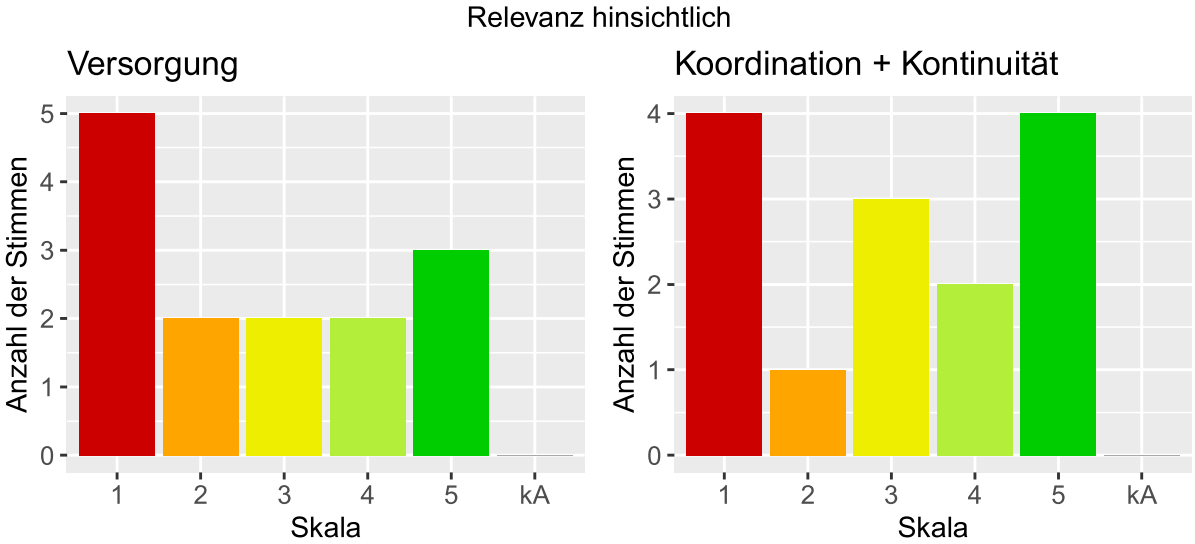
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 2 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Rate der Patient:innen mit Rückenbeschwerden, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen mehr als einmal ambulant eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Kreuzschmerzen kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

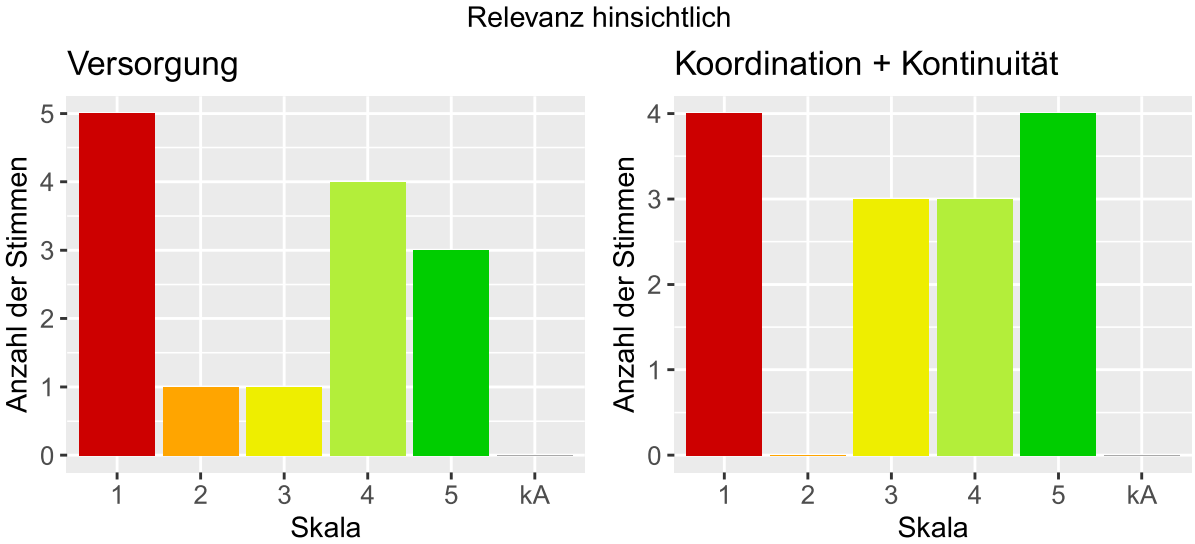
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 3 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit Rückenbeschwerden, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal ein MRT der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen mehr als einmal ambulant ein MRT der Wirbelsäule durchgeführt wird.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

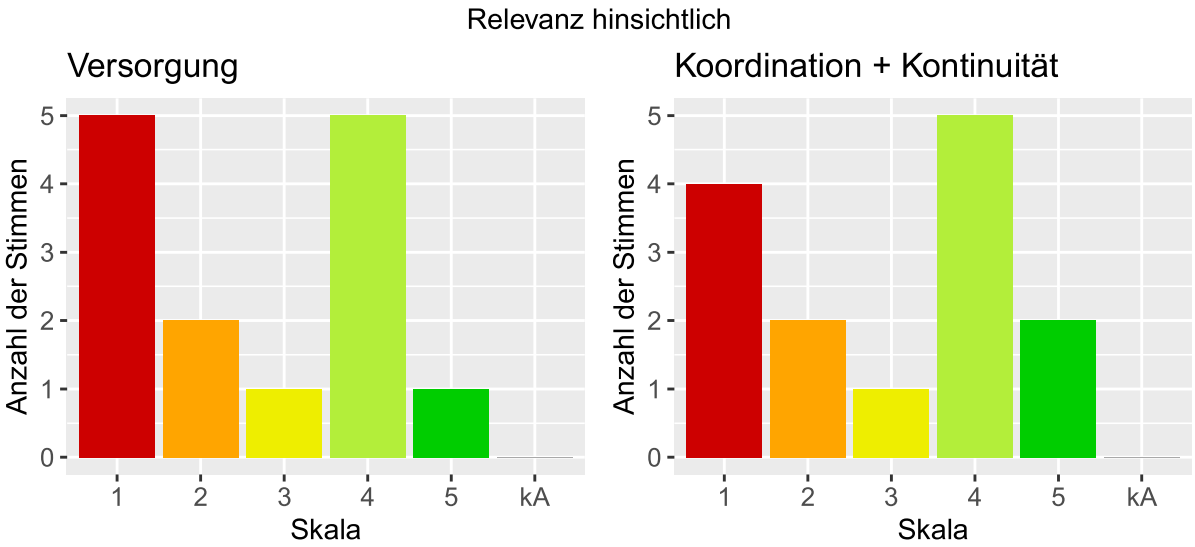
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 4 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit erstmaligen unspezifischen Rückenschmerzen, die eine Überweisung an einen Facharzt erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im gleichen Quartal oder im Folgequartal der Erst-Kodierung eine Überweisung zu einem Facharzt (FA für Orthopädie und Unfallchirurgie oder FA für Neurochirurgie) erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerzen (M54) neu-kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

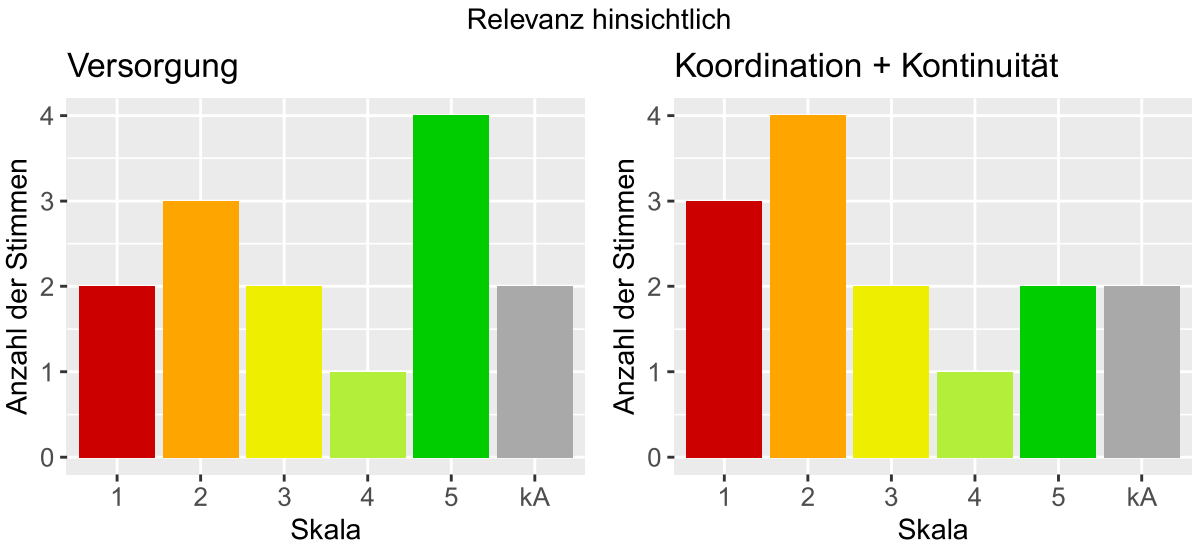
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 5 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die Gabapentin, Pregabalin, Topiramat oder Carbamazepin zur Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens eines der folgenden Medikamente verordnet und erhalten haben: Gabapentin, Pregabalin, Topiramat und Carbamazepin.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

11 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

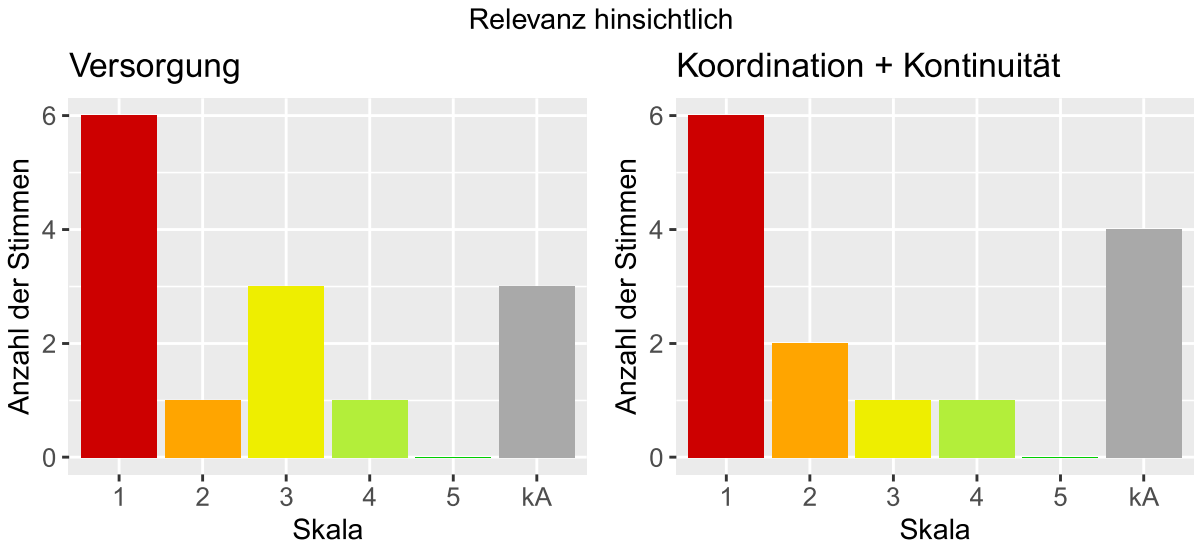
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 6 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Kreuzschmerz, die die Kombination Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die als Medikation Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure kombiniert verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

3 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

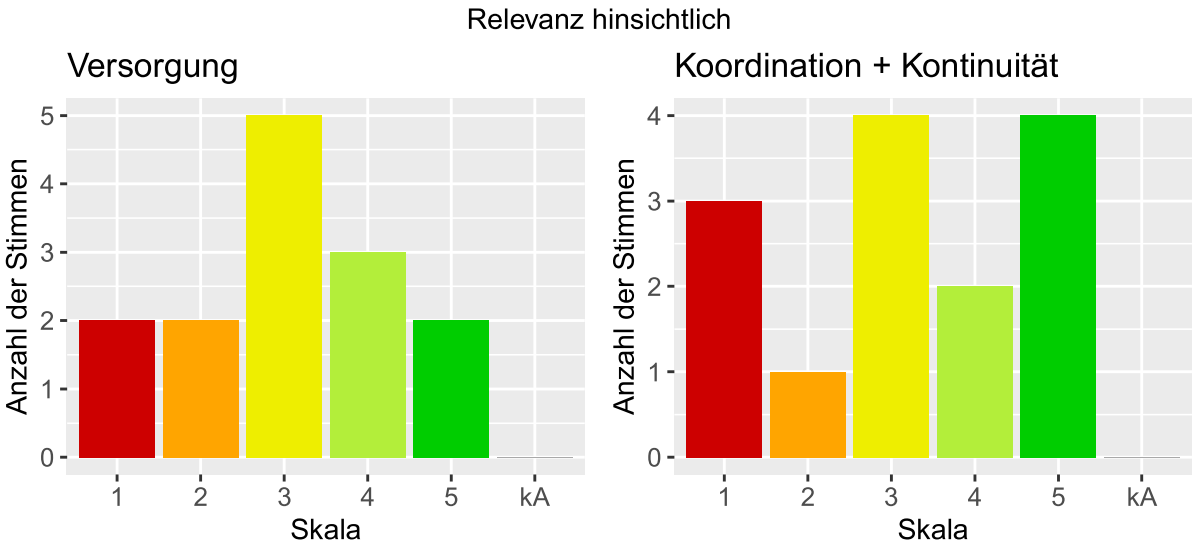
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 6 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die ohne relevante Komorbidität Antidepressiva zur Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerz kodiert wurden und die keine psychische Komorbidität kodiert haben.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

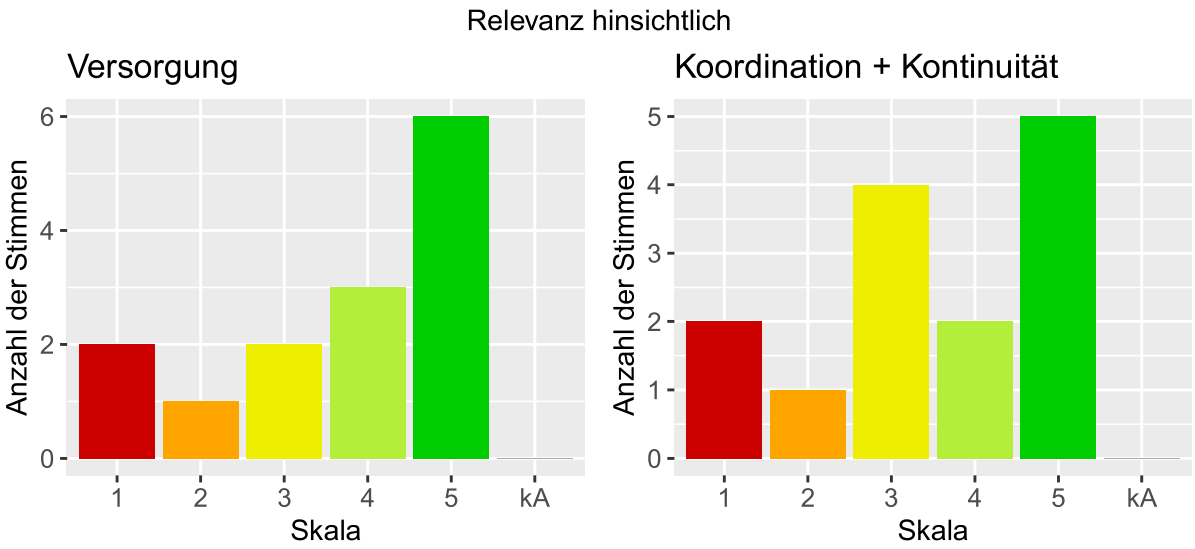
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 7 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die Opioide zur Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Opioide verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

5 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

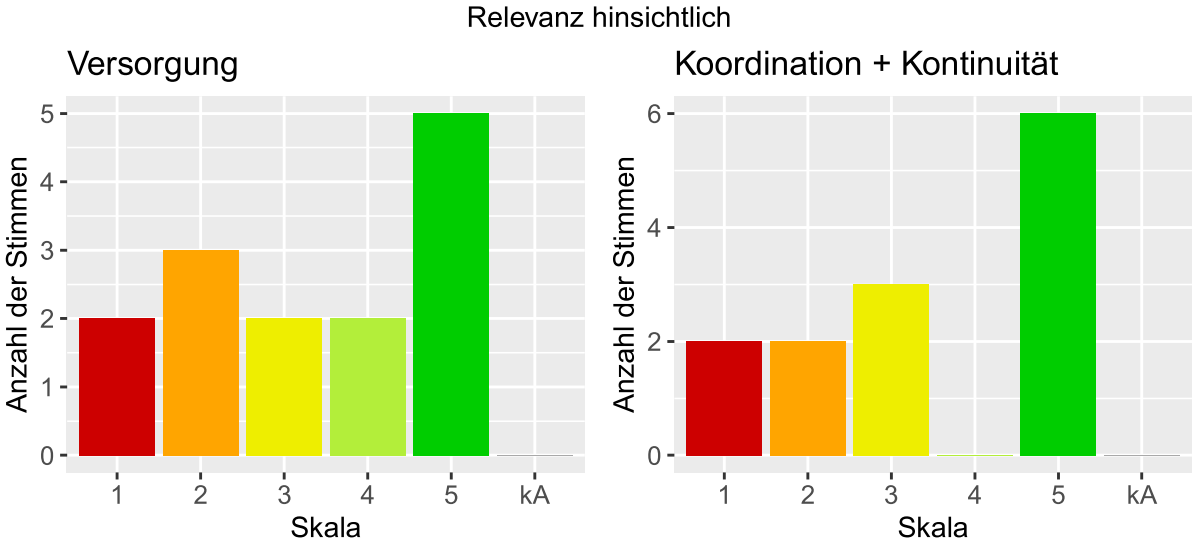
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 8 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die eine Opoidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Opioidanalgetika-Therapie in mehr als drei Quartalen in Folge verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

0 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

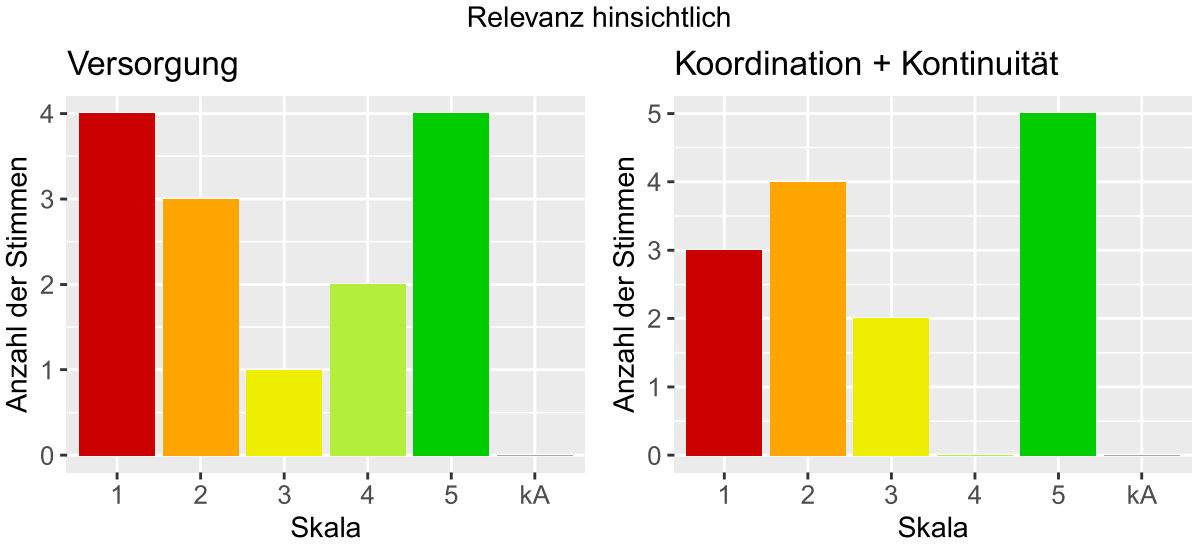
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 9 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit akuten oder subakuten unspezifischen Rückenschmerzen, die transdermale Opioide erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die transdermale Opioide verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungszeitraum unspezifischer Rückenschmerz (M54) akut oder subakut kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 8 übersprangen diese Frage.

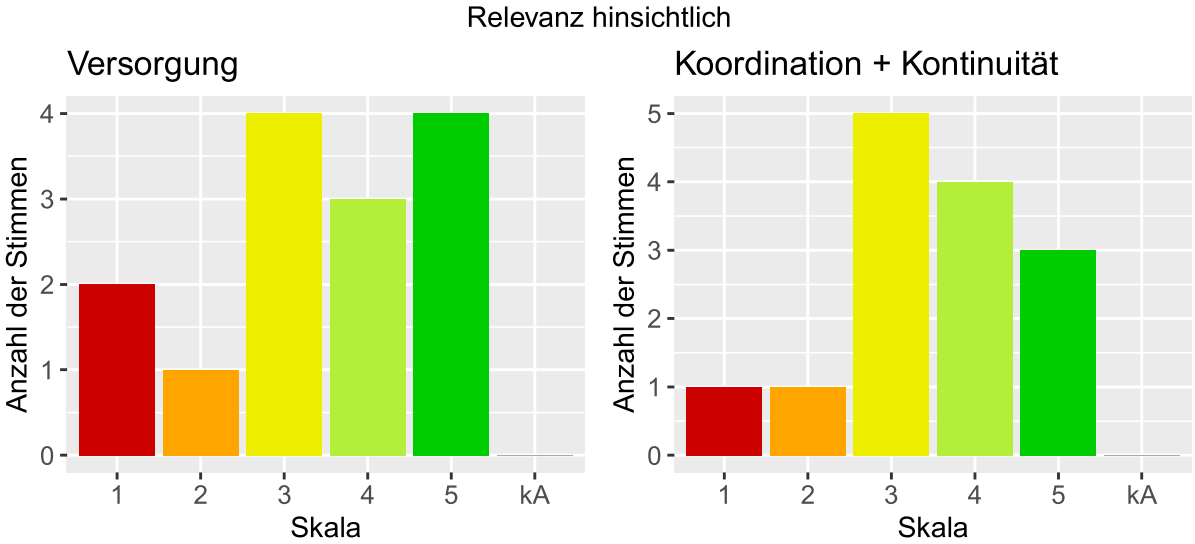
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 10 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit anhaltenden unspezifischen Rückenschmerzen, die eine Nicht- Opiodanalgetika-Therapie erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Nicht-Opioidanalgetika- Therapie verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) anhaltend kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

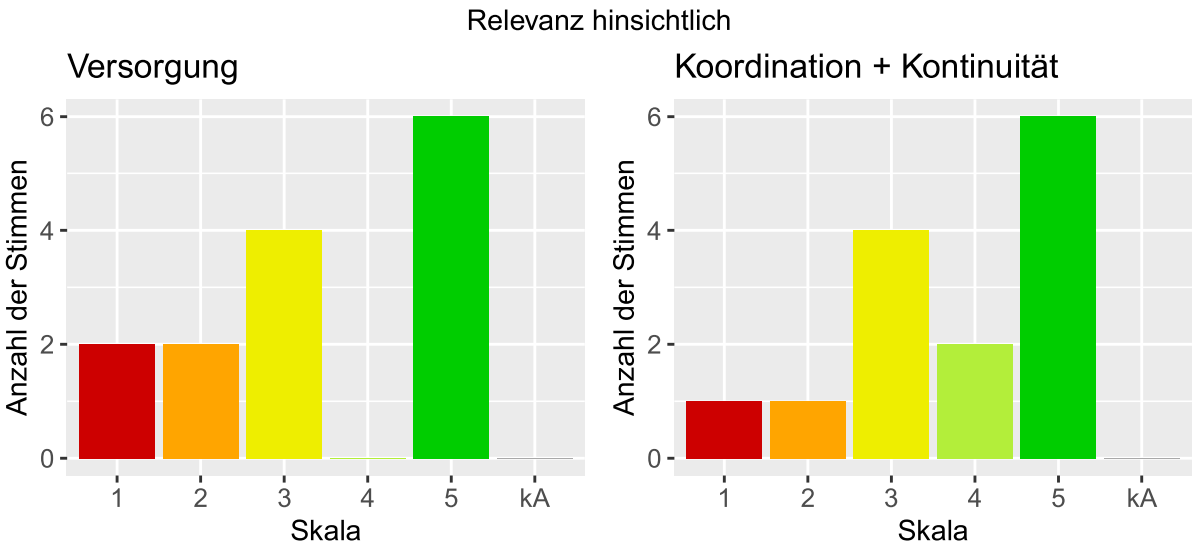
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 11 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz mit Dauermedikation ohne weitere Therapieansätze durch weitere Fachgruppen.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die über zwei Quartalen in Folge Medikation in Anspruch nehmen und keine Überweisung an Fachärzte (Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Psychotherapie oder Rehabilitative Medizin oder Physiotherapie) verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

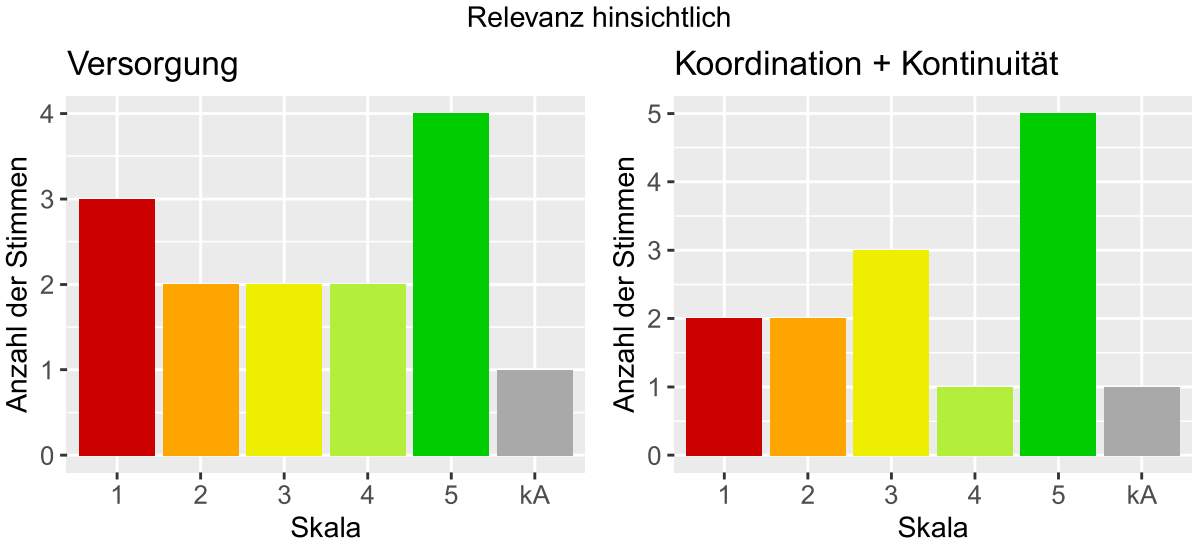
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 12 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die Glukokortikoide und Mischinfusionen erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Glukokortikoide und Mischinfusionen verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

3 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

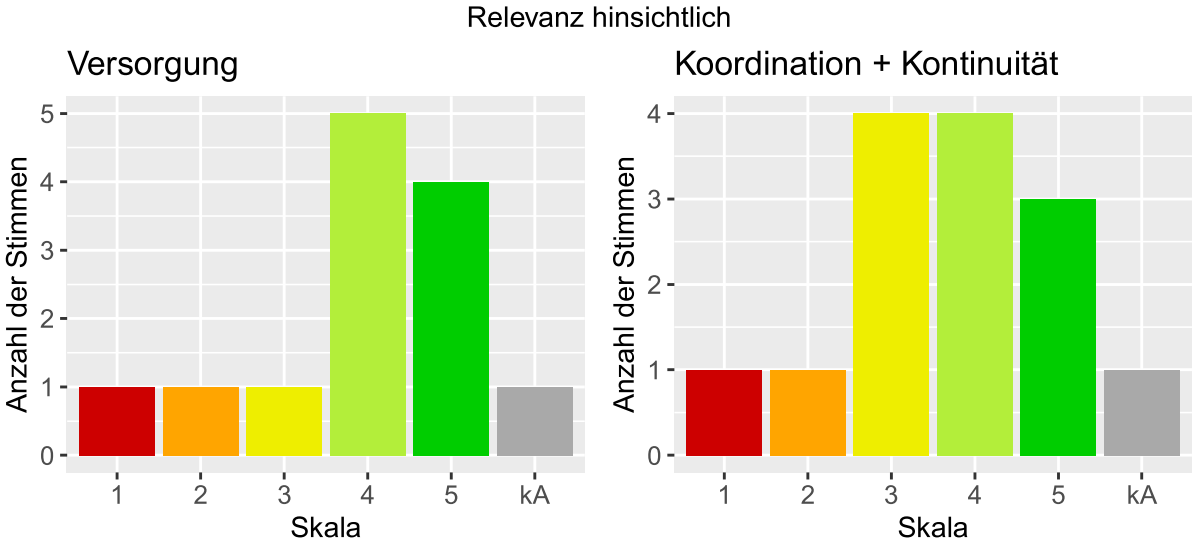
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 13 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und COX-2 oder NSAR als Behandlung erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die COX-2 Hemmer oder NSAR verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

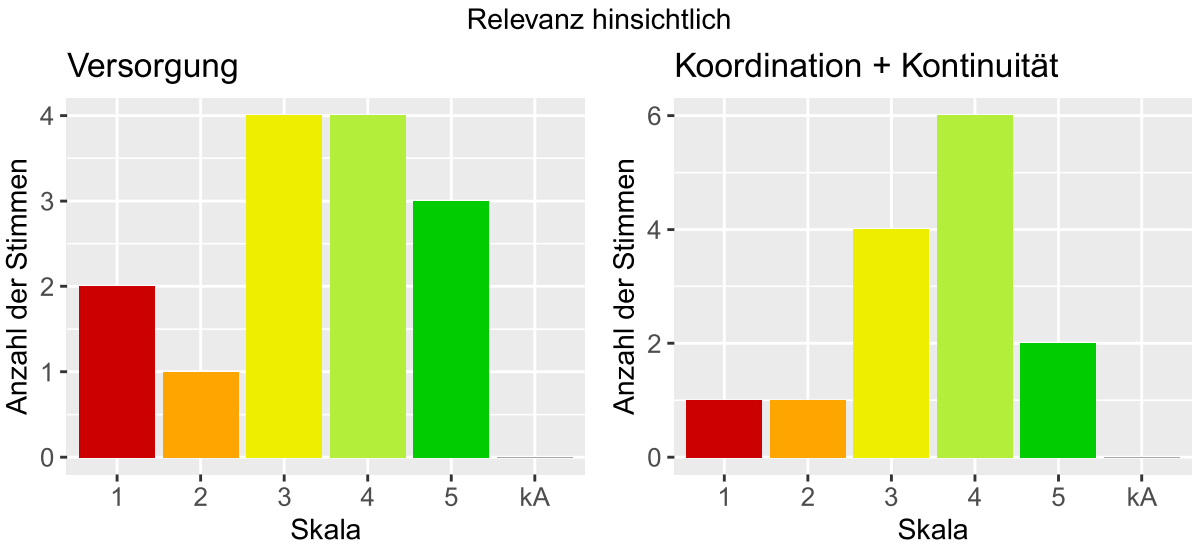
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 14 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen mit Komorbidität Gastritis oder Ulcus, die mit NSAR behandelt werden jedoch keinen Protonenpumpenhemmer erhalten.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die NSAR jedoch keine Protonenpumperhemmer verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 15 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit akuten unspezifischen Rückenschmerzen, die, die ausgewählte Behandlung erhalten. Hinweis: Im folgenden kann die Behandlung ausgewählt werden.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die die ausgewählte Behandlung verordnet und erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) akut kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde

Angaben zur Frage: Die Information über die Durchführung welcher Behandlungen schätzen Sie als relevant für die Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

Anzahl der Teilnehmenden, die die Information als relevant einschätzen – Behandlung2 Teilnehmende: Muskelrelaxanzien

0 Teilnehmende: transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

0 Teilnehmende: perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)

2 Teilnehmende: Traktion mit Gerät

1 Teilnehmende: Kältetherapie

1 Teilnehmende: Massage

0 Teilnehmende: Akupunktur

0 Teilnehmende: Ergotherapie

0 Teilnehmende: therapeutischen Ultraschall

4 Teilnehmende: Kinesiotaping

0 Teilnehmende: Interferenzstromtherapie

Rückenschmerz - Indikator 16 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit anhaltenden unspezifischen Rückenschmerzen, die die Behandlung erhalten. Hinweis: die Behandlung wird im Folgenden spezifiziert.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die die Behandlung erhalten haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) anhaltend kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde

Angaben zur Frage: Die Information über die Durchführung welcher Behandlungen schätzen Sie als relevant für die Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

Anzahl der Teilnehmenden, die die Information als relevant einschätzen – Behandlung1 Teilnehmende: Muskelrelaxanzien

0 Teilnehmende: transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)

2 Teilnehmende: perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)

2 Teilnehmende: Kinesiotaping

0 Teilnehmende: Interferenzstromtherapie

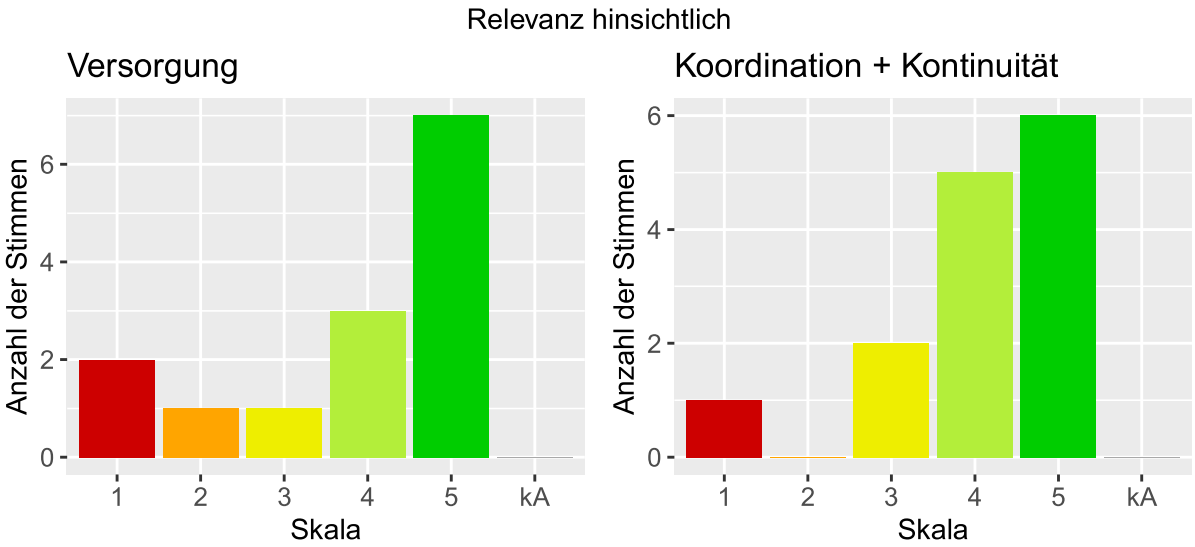
5 Teilnehmende: Orthesen oder/und Schuheinlagen

Rückenschmerz - Indikator 17 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerzen, die auf Grund der Diagnose operativ behandelt werden.
Zähler	Anzahl der Patient:innen im Nenner, die einen geplanten (Einweisung im KH: nicht Notfall) KH-Aufenthalt mit Rückenschmerzen als Hauptdiagnosehaben und einem operativem Eingriff.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

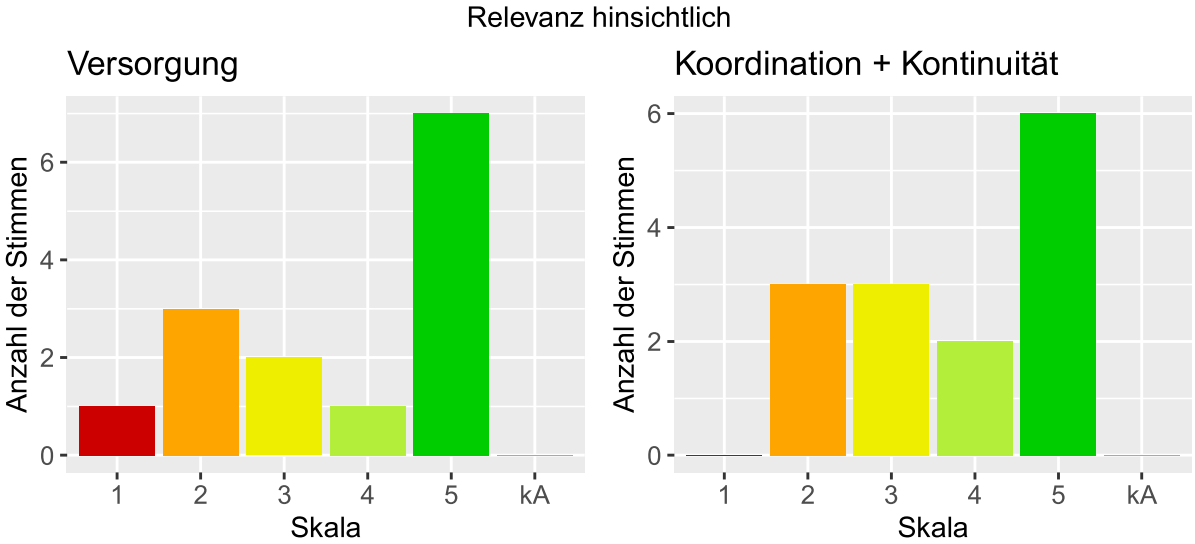
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 18 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die eine ungeplante stationäre Behandlung haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine ungeplante stationäre Behandlung (stationärer Aufenthalt mit Aufnahmeanlass Notfall) haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

8 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

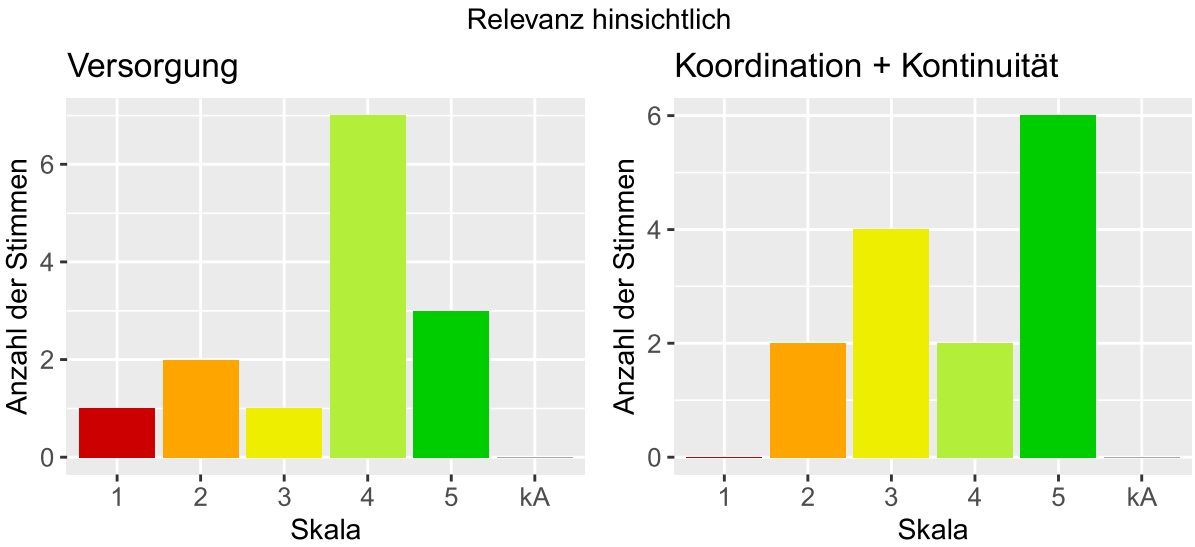
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 19 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt, bedingt durch die Diagnose, haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

3 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

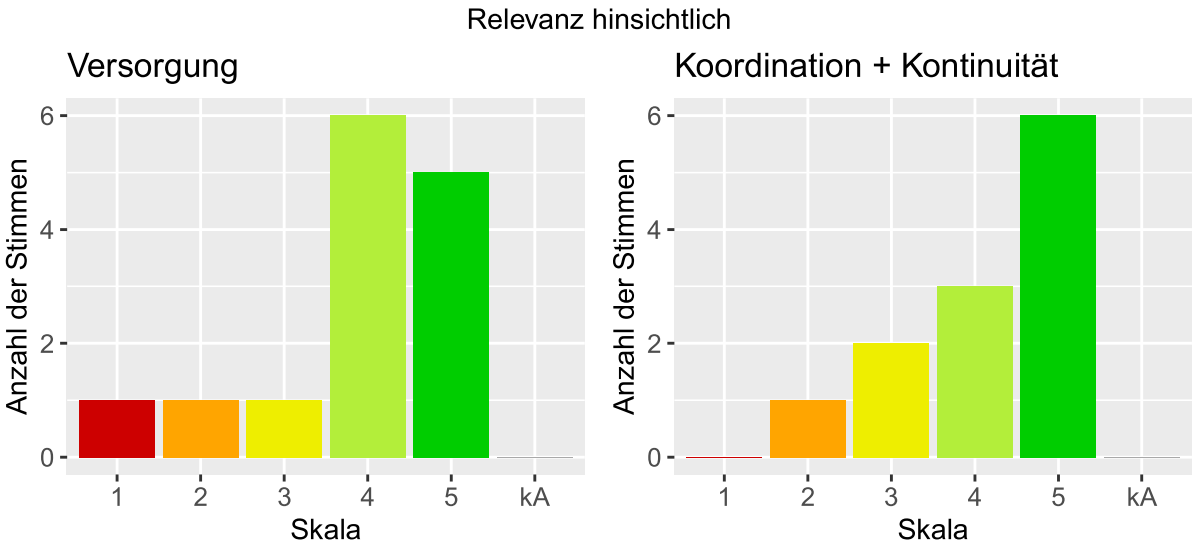
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 20 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **eingeschlossen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die im Beobachtungsjahr mindestens zwei Krankenhausaufenthalte, bedingt durch die Diagnose, haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens zwei Krankenhausaufenthalte aufgrund der Diagnose haben.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

11 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

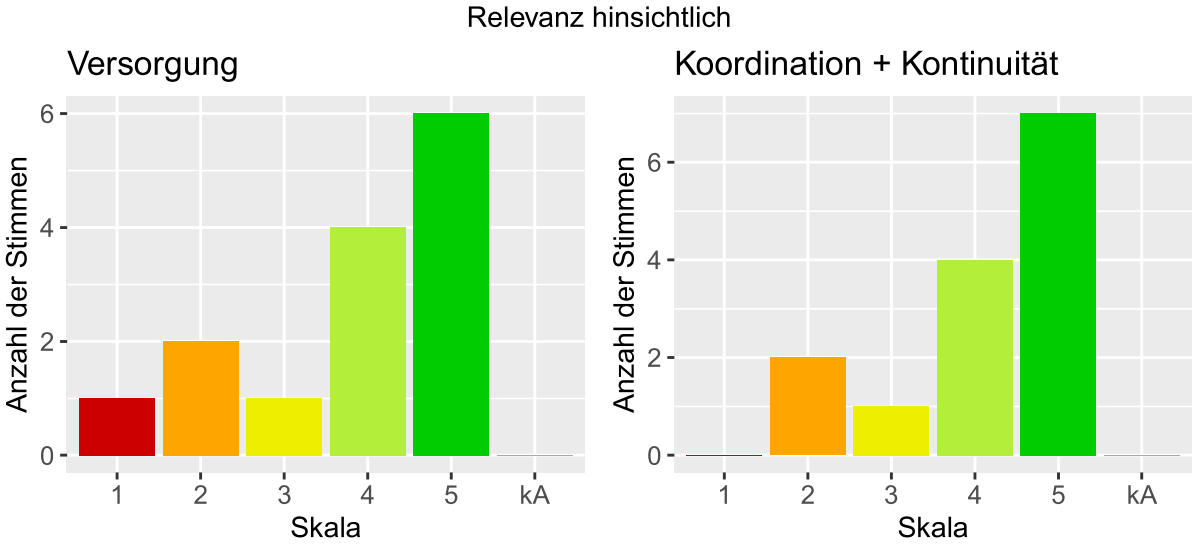
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 21 - Patientensicherheit

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit akutem unspezifischem Rückenschmerz, die eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von über 14 Tagen im Beobachtungsjahr haben.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, deren Arbeitsunfähigkeitsdauer in den vergangenen vier Quartalen mehr als 14 Tage beträgt.
Nenner	Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungszeitraum unspezifische Kreuzschmerzen (M54) akut kodiert wurden.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

9 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 6 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die von einem Allgemeinarzt bei ihrer Behandlung kontinuierlich begleitet werden.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die regelmäßig denselben Allgemeinarzt besuchen und deren Überweisungsscheine von dem gleichem Allgemeinarzt ausgestellt werden.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde

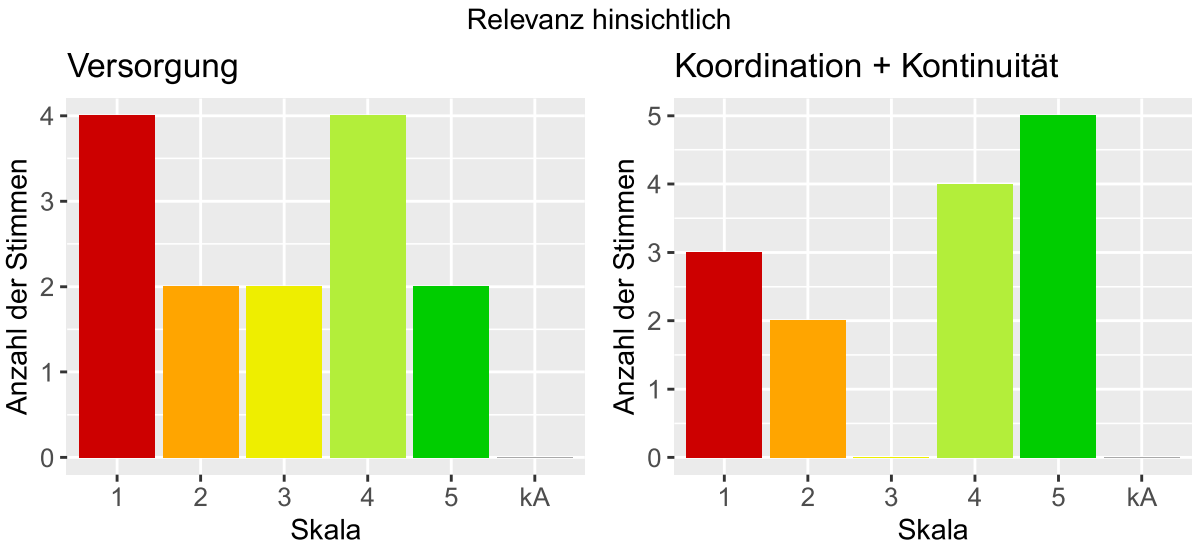
Abstimmungen zur Einschätzung der **angemessenen Mindestanzahl der Quartale des Beobachtungsjahrs** (vier Quartale), in denen ein Arztbesuch stattfinden sollte: Angaben der Teilnehmenden:

5 Teilnehmende: in einem von vier Quartalen;

2 Teilnehmende: in zwei von vier Quartalen;

1 Teilnehmende: in drei von vier Quartalen;

5 Teilnehmende: in jedem der vier Quartale.



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

7 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

4 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

2 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

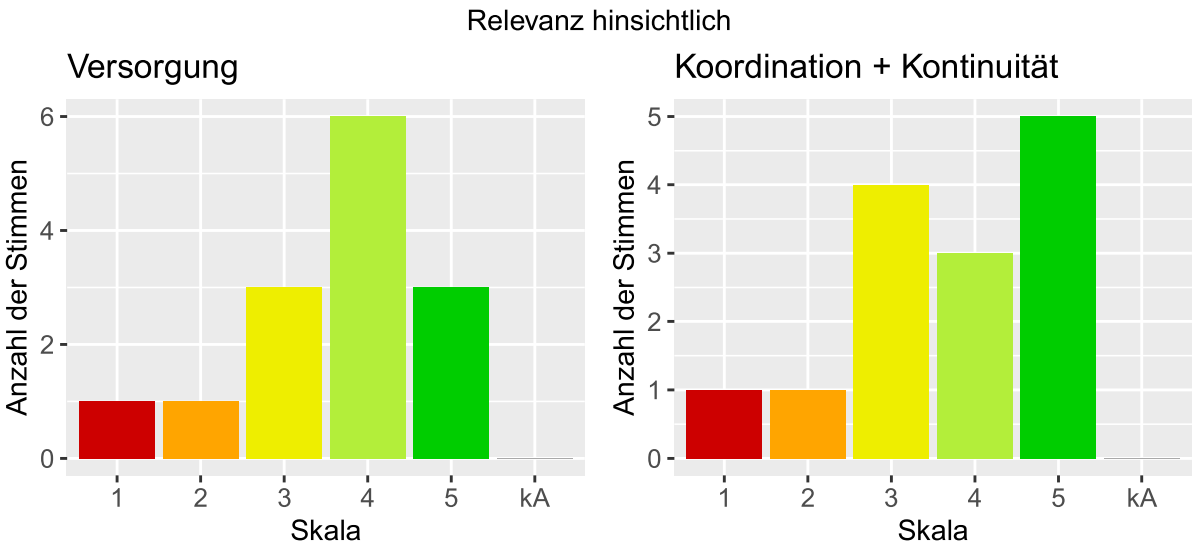
Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Rückenschmerz - Indikator 2 - Koordination und Kontinuität

Der Indikator wird **in Runde 2 aufgenommen**.

Indikator	Beschreibung
Beschreibung	Anzahl der Leistungerbringer, die an einer gleichen Leistung beteiligt sind.
Zähler	Anzahl der Patient:innen des Nenners, die dasselbe Medikament oder dieselbe Prozedur von mehr als einem Leistungserbringer erhalten.
Nenner	Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerz (M54) kodiert wird.

Abstimmungsergebnisse der ersten Runde



Relevanz der Versorgung: **Ihre Wahl**: (leer).

Relevanz der Versorgung hinsichtlich Koordination und Kontinuität: **Ihre Wahl**: (leer).

Verständlichkeit des Indikators:

10 der Teilnehmende schätzen den Indikator als verständlich ein,

2 der Teilnehmenden schätzen den Indikator nicht als verständlich ein oder würden den Indikator inhaltich ergänzen,

1 geben keine Angabe an, 7 übersprangen diese Frage.

Verständlichkeit des Indikators: **Ihre Wahl:** (leer).

Offene Fragen - Beiträge der Panelteilnehmenden der ersten Abstimmungsrunde

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung vermieden werden sollten:

Abbildbar in Routinedaten:

- Operationen (2)
- lang anhaltende Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsfähigkeit
- Depression u.a. psych. Erkrankungen,
- alleinige medikamentöse Therapie
- Schwere Nervenkompressionssyndrome, Lähmungen

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Chronifizierung (7), Langzeiterkrankung, (Fehlinformation durch den Erstbehandler, somit Dramatisierung und) Chronifizierung des Pat., Chronfizierung fördern, Chronifizierung von Schmerzen
- Hartspann der Muskulatur mit Verstärkung des Schmerzes
- Fehlhaltung
- Verschlimmerung der Beschwerden
- vor jeder Untersuchung ist zu fragen, welche Konsequenz das Ergebnis für die Therapie hat und so sind unnötige Untersuchungen zu vermeiden
- Entstehung komorbider Angst oder Depressivität
- Übertherapie (zu viel Diagnostik/Maßnahmen); nihil nocere - Über und Fehldiagnostik
- Isolierung
- UAW von Medikamenten

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Beeinträchtigung im Alltag, Behinderung von Alltagstätigkeiten
- Fehlinformation durch den Erstbehandler, somit Dramatisierung und Chronifizierung des Pat.
- nicht Erkennen von red flags (z.B. Neurologie) und relevanten Komorbiditäten (Osteoporose/Sarkopenie),
- Schmerzen+ Ausbreitung von Schmerzen
- Bewegungseinschränkung, Immobilität,
- Sozialer Abstieg, Verlust des Arbeitsplatzes

Ereignisse oder Ergebnisse, die durch eine (angemessene) Versorgung anzustreben sind:

Abbildbar in Routinedaten:

- rasche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit; zügige Rückkehr in das Arbeitsleben; Erhalt von Arbeitsfähigkeit

- ggf. kurzzeitige physiotherapeutische Behandlung Anleitung

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- Gezielte Diagnose
- Soziales, psychisches und physisches Wohlbefinden;
- Rasche gute Schmerztherapie
- Leitlinienkonforme Untersuchung durch den Erstbehandler mit Vermeidung einer Chronifizierung (Leitlinie nicht spezifischer Kreuzschmerz)

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- reine Schmerzen
- gute Mobilität, Reduktion von Beeinträchtigungen im Alltag; Erhalt von [...] Mobilität
- gute Körperhaltung
- Schmerzfreiheit (3); Linderung der Beschwerden, Reduktion von Schmerzintensität und -frequenz; beschwerdefreiheit;
- Erhalt/Restitution von Lebensqualität/Funktion
- Steigerung des physischen Aktivitätsniveaus mit Erreichen relevanter Belastungswerte; Bewegung,
- Wissen über die Problematik; Aufklärung des Patienten Krankheitskonzept des Patienten; Schulung
- hohe Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeit
- Reduktion psychosozialer Risikofaktoren wie erhöhter Stress und depressive Stimmung, sozialen Kontakten
- ungünstige Schmerzverarbeitung (übermäßiges Katastrophisieren ebenso wie Bagatellisieren
- übermäßiges Vermeidungsverhalten ebenso wie übermäßiges Durchhalteverhalten)
- physische, kognitive, sensorische und mentale/ psychische Unversehrtheit
- Lebensfreude

Aspekte der Koordination und Kontinuität, die bei einer (angemessenen) Versorgung relevant sind:

Abbildbar in Routinedaten:

- psychosomatische Begleitbehandlung
- Gute Schmerztherapie
- überflüssige Mehrfachdiagnostik
- Operationen
- Übermedikation
- Erstversorgung durch Hausarzt sollte angestrebt werden um hier eine koordinative Instanz zu schaffen

- immer wieder aktuelle Anamnese und Hinterfragen des Erfolges und des Engagements für die rezeptierten Massnahmen; stabile Arzt-Patienten Beziehung; Pat. regelmäßig anrufen lassen - und manchmal dauert es eben Jahre! Je nach Lebensphase...
- Problem sind die Orthopäden, die ohne Überweisung aufgesucht werden können.

Bregrenzt in Routinedaten abbildbar:

- aktive Rückengymnastik mit Schmerztherapie
- ganzheitliche Therapie
- Steuerung und Koordination von symptomatischer medikamentöser Therapie und bei der Einleitung bildgebender Verfahren.
- Spezifische Diagnostik zur detaillierten Diagnosestellung
- Problem, dass es fast keine multimodalen Angebote gibt
- Infektionsherde (z. B. Zähne)
- Vermeidung von Chronifizierung

Nicht in Routinedaten abbildbar:

- Psyche
- soziales Umfeld
- Wissensvermittlung (Gesellschaft, Patienten, Leistungserbringer)
- Komplexes Problem braucht komplexe Lösungsansätze, frühzeitiges koordiniertes interdisziplinäres Vorgehen
- Frühzeitige Beurteilung psychosozialer Risikofaktoren, z. B. im Rahmen eines Stufenmodells (1. Alle PatientInnen mit akuten unspezifischen RS > 4 Wochen werden vom Hausarzt mit einem standardisierten Instrument gescreent, (2) bei positivem Befund und/oder weiterem Anhalten der Beschwerden intensivierte psychosoziale Diagnostik durch geschultes Fachpersonal (z. B. psycholog SchmerztherapeutIn). Screening ggfs. auch durch geschulte PhysiotherapeutInnen.
- guter Ausbildungsstandard aller beteiligten (Fach)-Ärzte
- gem. Zielplan erarbeiten (mit MFA?)
- selbstdurchführbare Übungen
- Verhaltensänderungen
- Arbeitsplatzergonomie

Einführung und Übersicht

Liebe Teilnehmende des Expertenpanels im Projekt Pfad,

herzlichen Dank im Voraus, dass Sie auch an der zweiten Abstimmungsrunde zur Konsentierung von Indikatoren teilnehmen, um die Versorgungssituation abzubilden.

Bei der Befragung steht die Versorgung von betroffenen Patienten und Patientinnen, mit einer der im Projekt inkludierten Erkrankungen im Zentrum. In dem Panel sind Ärzte und Ärztinnen aus dem ambulanten und dem stationären Sektor vertreten, sowie Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen und Vertretende der Betroffenen. Durch die Konzeption eines breiten Expertenpanels, sollen die Indikatoren möglichst umfassend betrachtet werden. Aus diesem Grund bitten wir Sie, dass Sie den Fragebogen aus Ihrer eigenen Perspektive beantworten.

Zur Einschätzung der Indikatoren:
Die Bewertungsskala ist in dieser Runde 9-stufig. Eine Einschätzung als (eher) irrelevant geben Sie mit der Punktzahl 1-3 an, Unentschiedenheit mit der Punktzahl 4-6 und eine Einschätzung als (eher) relevant mit 7-9. Es ist wieder möglich keine Angabe (k.A.) zu machen.

Sollten Sie die Präsentation der Auftaktveranstaltung erneut ansehen wollen, klicken Sie bitte hier *[Folien].*

Die angegebenen Indikatoren sind basierend auf Routinedaten des deutschen Gesundheitssystems abbildbar.
Um die Anzahl der Indikatoren minimal zu halten, sind manche Indikatoren allgemeiner gehalten. Bitte schätzen Sie hier die übergeordnete Relevanz des Indikators ein.

Aufbau des Fragebogens:
Der Aufbau ist in drei Teile untergliedert.

- **TEIL 1: Pfaddarstellungen**
- **TEIL 2: Einschätzung der Beiträge zu den "offenen Fragen" aus Runde 1**
- **TEIL 3: Indikatorenbewertung**

zu TEIL 3: Indikatorenbewertung

- **Je Erkrankung sind die Indikatoren aufgeführt, die in der ersten Runde nicht klar entschieden wurden (Ein- oder Ausschluss) und um Indikatoren ergänzt, die in der ersten Abstimmungsrunde oder im Paneltreffen von Teilnehmenden des Panels genannt wurden.**
- **Aufgrund des Austauschs im gesamten Panel wurde ein weiterer Bereich hinzugefügt, der vier allgemeine/übergeordnete Indikatoren beinhaltet. Diesen können Sie ebenfalls über das Auswahlmenü ansteuern.**

Sie können Indikationsbereiche überspringen. Nutzen Sie gerne die Funktion, um insbesondere die Indikatoren der Erkrankung zu bewerten, in dessen Fachbereich Ihre Expertise liegt (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Depression, Rückenschmerz, übergreifende Indikatoren). Die Indikatoren sind je unterteilt in

die Bereiche relevanter Prozess, Patientensicherheit (unerwünschtes Ereignis/Ergebnis), Kontinuität und Koordination.

- **Bei technischen und inhaltlichen Fragen, Unklarheiten und Unzufriedenheiten(!) beim Abstimmungsprozess melden Sie sich bitte bei Amelie Flothow (amelie.flothow@tum.de, 089-289-24467) oder Dr. Wiebke Schüttig (wiebke.schuettig@tum.de, 089-289-24676).**

Hinweis: Es besteht die Möglichkeit, den Fragebogen zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzufahren. Nutzen Sie dazu den Link in der Email.

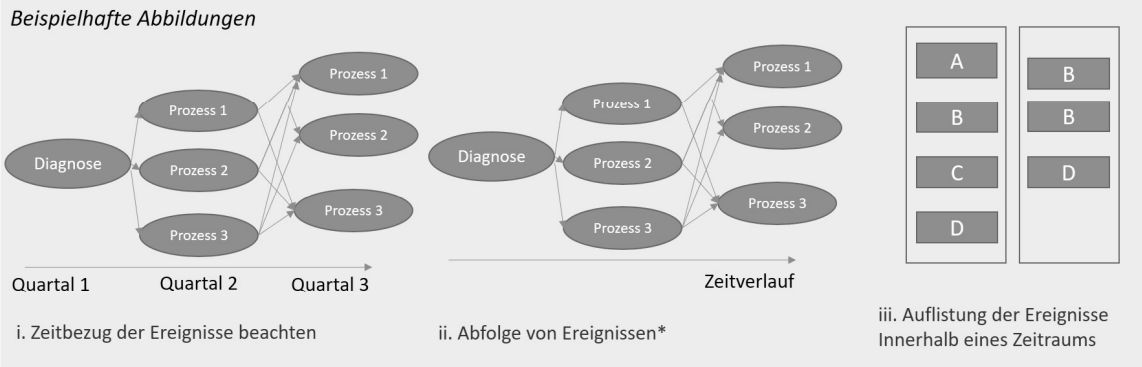
Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Teilnahme am Entscheidungsprozess!

* 1. Einwilligung: In der Mail vom 28.10.2022 haben wir Ihnen eine Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Expertenpanel im Projekt "Pfad" zugesandt.

☐ Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Einwilligungserklärung erforderlich ist.

Teil 1: Darstellungscharakteristika von Versorgungspfaden

Zeitlicher Bezug vs. Reihenfolge	i. Zeitbezug der Ereignisse beachten (z.B. relativ in fortschreitenden Quartalen) ii. Abfolge von Ereignissen* (ohne expliziten Zeitbezug) iii. Auflistung der Ereignisse innerhalb eines Zeitraums (ohne Reihenfolge / ohne Zeitbezug)



In dem Projekt Pfad wird im Weiteren darauf abgezielt, Versorgungsabläufe darzustellen. Um die Darstellungen so zu wählen, dass ein möglichst breites Fachpublikum die transportierten Informationen als nützlich und hilfreich erachtet, bitten wir Sie die folgenden Darstellungscharakteristika zu bewerten.

A. Zeitlicher Bezug vs. Reihenfolge
i. Zeitbezug der Ereignisse beachten (z.B. relativ in fortschreitenden Quartalen)
ii. Abfolge von Ereignissen* (ohne expliziten Zeitbezug)
iii. Auflistung der Ereignisse innerhalb eines Zeitraums (ohne Reihenfolge / ohne Zeitbezug)

Literaturbezogene Beispiele für die Pfadcharakteristika:
Bitte beachten Sie, dass die Beispiele nur eine Möglichkeit darstellen die Charakteristik umzusetzen.

- **Beispiel i aus Chen, J. F., Sun, L. L., Guo, C. H., Wei, W., Xie, Y. M.: A data-driven framework of typical treatment process extraction and evaluation. Journal of Biomedical Informatics 83, 178{195 (2018). doi:10.1016/j.jbi.2018.06.004 Link zum Paper**
- **Beispiel ii aus Dagliati, A., Sacchi, L., Zambelli, A., Tibollo, V., Pavesi, L., Holmes, J.H., Bellazzi, R.: Temporal electronic phenotyping by mining care ows of breast cancer patients. Journal of Biomedical Informatics 66, 136{147 (2017). doi:10.1016/j.jbi.2016.12.012 Link zum Paper**

1. Wie hilfreich ist für Sie die Darstellungscharakteristik **i,** um eine Versorgungssituation einzuschätzen?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie informativ und verständlich schätzen Sie die Darstellungscharakteristik **i** ein, um eine Versorgungssituation abzubilden?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **i nicht gut**? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Depression
- ☐ Rückenschmerz
- ☐ k.A.

4. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **i besonders gut**? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Depression
- ☐ Rückenschmerz
- ☐ k.A.

5. Wie hilfreich ist für Sie die Darstellungscharakteristik **ii,** um eine Versorgungssituation einzuschätzen?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Wie informativ und verständlich schätzen Sie die Darstellungscharakteristik **ii** ein, um eine Versorgungssituation abzubilden?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **ii nicht gut**? (Mehrfachauswahl)

- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

8. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **ii besonders gut**? (Mehrfachauswahl)

- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

9. Wie hilfreich ist für Sie die Darstellungscharakteristik **iii,** um eine Versorgungssituation einzuschätzen?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

10. Wie informativ und verständlich schätzen Sie die Darstellungscharakteristik **iii** ein, um eine Versorgungssituation abzubilden?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

11. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **iii nicht gut**? (Mehrfachauswahl)

- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

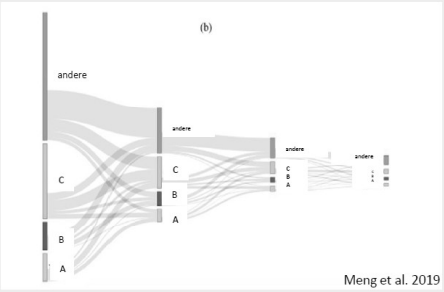
12. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **iii besonders gut**? (Mehrfachauswahl)

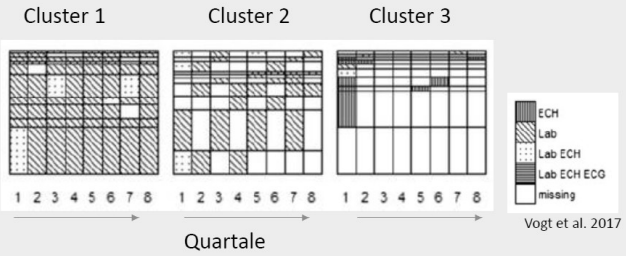
- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

Teil 1: Darstellungscharakteristika von Versorgungspfaden

Trend vs. Individualität	i. Behandlungsmuster von Patientenkohorten ii. Individuelle Patientenpfade

Beispielhafte Abbildungen





i. Behandlungsmuster von Patientenkohorten ii. Individuelle Patientenpfade

In dem Projekt Pfad wird im Weiteren darauf abgezielt, Versorgungsabläufe darzustellen. Um die Darstellungen so zu wählen, dass ein möglichst breites Fachpublikum die transportierten Informationen als nützlich und hilfreich erachtet, bitten wir Sie die folgenden Darstellungscharakteristika zu bewerten.

B. Trend vs. Individualität
i.Behandlungsmuster von Patientenkohorten
ii.Individuelle Patientenpfade

Literaturbezogene Beispiele für die Pfadcharakteristika:
Bitte beachten Sie, dass die Beispiele nur eine Möglichkeit darstellen die Charakteristik umzusetzen.

- **Beispiel zu i aus Meng, W., Ou, W., Chandwani, S., Chen, X., Black, W., Cai, Z.: Temporal phenotyping by mining healthcare data to derive lines of therapy for cancer. Journal of Biomedical Informatics 100, 103335 (2019). doi:10.1016/j.jbi.2019.103335 Link zum Paper**
- **Beispiel zu ii aus Vogt, V., Scholz, S. M., Sundmacher, L.: Applying sequence clustering techniques to explore practice-based ambulatory care pathways in insurance claims data. European Journal of Public Health 28(2), 214{219 (2017). doi:10.1093/eurpub/ckx169 Link zum Paper**

1. Wie hilfreich ist für Sie die Darstellungscharakteristik **i,** um eine Versorgungssituation einzuschätzen?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie informativ und verständlich schätzen Sie die Darstellungscharakteristik **i** ein, um eine Versorgungssituation abzubilden?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **i nicht gut**? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Depression
- ☐ Rückenschmerz
- ☐ k.A.

4. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **i besonders gut**? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Depression
- ☐ Rückenschmerz
- ☐ k.A.

5. Wie hilfreich ist für Sie die Darstellungscharakteristik **ii,** um eine Versorgungssituation einzuschätzen?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Wie informativ und verständlich schätzen Sie die Darstellungscharakteristik **ii** ein, um eine Versorgungssituation abzubilden?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **ii nicht gut**? (Mehrfachauswahl)

- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

8. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **ii besonders gut**? (Mehrfachauswahl)

- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

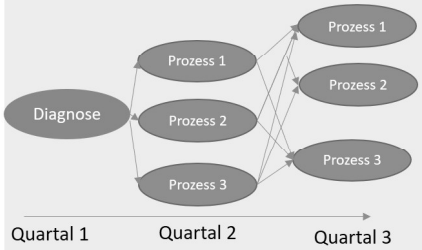
Teil 1: Darstellungscharakteristika von Versorgungspfaden

In dem Projekt Pfad wird im Weiteren darauf abgezielt, Versorgungsabläufe darzustellen. Um die Darstellungen so zu wählen, dass ein möglichst breites Fachpublikum die transportierten Informationen als nützlich und hilfreich erachtet, bitten wir Sie die folgenden Darstellungscharakteristika zu bewerten.

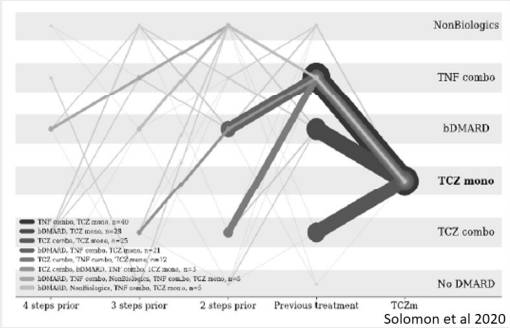
C. Beginn vs. Outcome (Ausschlaggebendes Ereignis)

Ausschlaggebendes Ereignis: **Beginn vs. Outcome**	Kriterium für Vergleich von Behandlungspfaden i. übereinstimmender Anfangspunkt ii. übereinstimmender Endpunkt

Beispielhafte Abbildungen



i. übereinstimmender Anfangspunkt



Solomon et al 2020

ii. übereinstimmender Endpunkt

i. übereinstimmender Anfangspunkt
ii. übereinstimmender Endpunkt

Literaturbezogene Beispiele für die Pfadcharakteristika:
Bitte beachten Sie, dass die Beispiele nur eine Möglichkeit darstellen die Charakteristik umzusetzen.

- **Beispiel zu ii aus Solomon, D. H., Xu, C., Collins, J., Kim, S. C., Losina, E., Yau, V., Johansson, F. D.: The sequence of disease-modifying anti-rheumatic drugs: pathways to and predictors of tocilizumab monotherapy. Arthritis Research & Therapy 23(1) (2020). doi:10.1186/s13075-020-02408-40 Link zum Paper**

1. Wie hilfreich ist für Sie die Darstellungscharakteristik **i,** um eine Versorgungssituation einzuschätzen?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie informativ und verständlich schätzen Sie die Darstellungscharakteristik **i** ein, um eine Versorgungssituation abzubilden?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **i nicht gut**? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Depression
- ☐ Rückenschmerz
- ☐ k.A.

4. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **i besonders gut**? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Depression
- ☐ Rückenschmerz
- ☐ k.A.

5. Wie hilfreich ist für Sie die Darstellungscharakteristik **ii,** um eine Versorgungssituation einzuschätzen?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Wie informativ und verständlich schätzen Sie die Darstellungscharakteristik **ii** ein, um eine Versorgungssituation abzubilden?

(1) überhaupt nicht hilfreich				(5) unentschieden				(9) sehr hilfreich	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **ii nicht gut**? (Mehrfachauswahl)

- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

8. Für welche Anwendungsgebiete eignet sich die Darstellungscharakteristik **ii besonders gut**? (Mehrfachauswahl)

- [ ] Herzinsuffizienz
- [ ] Myokardinfarkt
- [ ] Depression
- [ ] Rückenschmerz
- [ ] k.A.

Herzinsuffizienz

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Herzinsuffizienz möglich.

* 1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Ich möchte mit den Indikatoren zur Herzinsuffizienz starten.
- ◯ Myokardinfarkt
- ◯ Depression
- ◯ Rückenschmerz
- ◯ übergeordnete Indikatoren
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Teil 2: Herzinsuffizienz - Abstimmung über die offenen Punkte der ersten Abstimmungsrunde

In der ersten Abstimmungsrunde haben wir sie gebeten, Ereignisse und Ergebnisse anzugeben, die im Laufe einer Versorgung von Patient:innen mit Herzinsuffizienz anzustreben sind, zu vermeiden sind oder im Blick auf eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung zu beachten sind. Wir haben Ihre Angaben aggregiert und bitten Sie im Folgenden die Relevanz der angegebenen Ereignisse zu bewerten.

1. zu vermeiden: (Re-) Hospitalisierung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. zu vermeiden: Dekompensation der Herzinsuffizienz

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. zu vermeiden: (zu hohe) Polymedikation

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. zu vermeiden: Hyperkaliämie durch Therapie

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. zu vermeiden: zu wenig Betreuung (z.B. durch Anzahl der Arztkontakte)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. zu vermeiden: symptomatische Hypotonie durch Therapie

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. zu vermeiden: Tod / höhere Mortalität (sehr begrenzt möglich. Die Todesursache ist nicht abbildbar, jedoch der Todeszeitpunkt. Ein Vergleich der Mortalität (ohne Todesgrund) ist möglich.)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

8. anzustreben: Kompensation der Herzinsuffizienz

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

9. anzustreben: Regelmäßige Überwachung von Vitalfunktionen

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

10. anzustreben: Rehabilitation - zu Beginn und während der Erkrankung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

11. anzustreben: Reduktion der Rehospitalisierung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

12. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: regelmäßige hausärztliche Kontrollen (Kontakte)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

13. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: primärmedizinische Steuerung der Behandlung (Annahme: gleiche Praxis bzw. gleicher Arzt/gleiche Ärztin)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Im Folgenden werden 7 Indikatoren zu relevanten Prozessen in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt. Zwei neue Indikatoren wurden am Ende dieser Kategorie aufgenommen.

Relevanter Prozess: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche etc.) die auf Empfehlungen basieren.

Übergeordnet für alle Indikatoren:
Spezifizierung von "dauerhaft"
Antwort: Dauer und Dosierung wird bei Einschluss konkretisiert. Über die Verordnung und das Einlösen von Arzneimitteln sowie die angegebene Packungsgröße, kann die eingenommene Menge (unter Annahme, dass das AM eingenommen wurde) abgeschätzt werden.

Eine Stratifizierung (zB nach Schweregrad anhand der NYHA Klassen) wird in der Analyse angestrebt.

Zu diesem Indikator:
Sollte man die Indikatoren besser nach ARNI unterscheiden (HFrEF und HFmrEF)?
Antwort: Weitere Differenzierungen werden in den Analysen angestrebt. Die Abstimmung verfolgt das Ziel abzuschätzen, ob die Betrachtung des Indikatorinhalts relevant ist. Eine Unterscheidung zwischen HFrEF und HFmrEF lassen die Routinedaten nicht zu.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Übersicht über Versorgungssituation
Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die Angiotensin-II Rezeptorblocker (ARB) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

	Anteil der Patient:innen mit

Indikatorbeschreibung	***Herzinsuffizienz, die Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher höher

Indikatorinhalt basiert auf Crespo-Leiro MG, Segovia-Cubero J, González-Costello J, et al. Adherence to the ESC Heart Failure Treatment Guidelines in Spain: ESC Heart Failure Long-term Registry. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2015;68(9):785-793. doi:10.1016/j.rec.2015.03.008

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA) ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Fragen:
Aus welchem Grund soll der Digoxinspiegel kontrolliert werden?
Antwort: Ausschluss von Intoxikation

Richtwert: möglichst hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Schubert, I., Stelzer, D., Siegel, A., Köster, I., Mehl, C., Ihle, P., Günster, C., Dröge, P., Klöss, A., Farin-Glattacker, E., Graf, E., & Geraedts, M. (2021). Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal". Deutsches Arzteblatt international, 118(27-28), 465–472. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0163

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die Digitalis erhalten und deren Digoxin-Serum oder Digitoxin-Serum Spiegel kontrolliert wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Digitalis verordnet und erhalten haben und die eine Kontrolle des Digoxin- oder Digitoxin-Serum Spiegels erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Frage in Runde 1: wie ist routinemäßig hier definiert?
Antwort: Die Durchführung der Untersuchung in regelmäßigen Abständen ohne die Verknüpfung an eine gesundheitliche oder medizinische Bedingung.

Richtwert: eher höher

Indikatorinhalt basiert auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz –
Langfassung, 3. Auflage. Version 3. 2019 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000482.
www.leitlinien.de/herzinsuffizienz.

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die eine Echokardiographie routinemäßig erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr eine Echokardiographie erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 12 - Relevanter Prozess

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst hoch

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Howlett, J. G., McKelvie, R. S., Costigan, J., Ducharme, A., Estrella-Holder, E., Ezekowitz, J. A., Giannetti, N., Haddad, H., Heckman, G. A., Herd, A. M., Isaac, D., Kouz, S., Leblanc, K., Liu, P., Mann, E., Moe, G. W., O'Meara, E., Rajda, M., Siu, S., Stolee, P., ... Canadian Cardiovascular Society (2010). The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. The Canadian journal of cardiology, 26(4), 185-202. https://doi.org/10.1016/s0828-282x(10)70367-6

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die Schutzimpfungen routinemäßig erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine Grippeschutzimpfung im Beobachtungsjahr erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die Schutzimpfungen routinemäßig erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Grippeschutzimpfung oder eine Pneumokokken-Impfung im Beobachtungsjahr erhalten.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu - Herzinsuffizienz - Indikator 13 - Relevanter Prozess

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die eine Basistherapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Betablocker, kaliumsparendem Diuretikum, SGLT2 Inhibitor, ggf. Diuretikum ab Diagnosestellung dauerhaft verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu - Herzinsuffizienz - Indikator 14 - Relevante Prozesse

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr SGLT2-Inhibitoren erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die SGLT2-Inhibitoren im Beobachtungsjahr verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden sechs Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zur Bewertung dargestellt. Zwei neue Indikatoren sind am Ende der Kategorie aufgeführt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Zu diesem Indikator:
Frage: Kann eine Selbstmedikation berücksichtigt werden?
Antwort: Nein. Die Indikatoren beziehen sich nur auf die verordnet und eingelösten Arzneimittel. Auch bei NSAIDs ist der Indikator darauf beschränkt.

Differenzierung Risikopatient:innen
Antwort: Weitere Differenzierungen werden in den Analysen angestrebt. Die Abstimmung verfolgt das Ziel abzuschätzen, ob die Betrachtung des Indikatorinhalts relevant ist.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf Schubert, I., Stelzer, D., Siegel, A., Köster, I., Mehl, C., Ihle, P., Günster, C., Dröge, P., Klöss, A., Farin-Glattacker, E., Graf, E., & Geraedts, M. (2021). Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal". Deutsches Arzteblatt international, 118(27-28), 465–472. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0163

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr entzündungshemmende Arzneimittel erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr nichtselektive NSAID (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, weitere) oder selektive COX-2-Hemmer verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

	Anteil der Patient:innen mit

Indikatorbeschreibung	***Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr nichtselektive NSAID (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, weitere) oder selektive COX-2-Hemmer erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr nichtselektive NSAID (Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, weitere) oder selektive COX-2-Hemmer verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 3 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering
Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt: ACD

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr Glitazone oder Thiazolidindione erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Glitazone oder Thiazolidindione im Beobachtungsjahr verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr Glitazone oder Thiazolidindione erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Glitazone oder Thiazolidini im Beobachtungsjahr verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Patientensicherheit

Frage: Notaufnahme sollte mit Erkrankung zusammenhängen.
Antwort: Die Aufnahmediagnose lässt sich in den ambulanten Fällen nicht ermittelt. Es ließe sich über die Fälle in der Notaufnahme annähern, dass eine Herzinsuffizienzdiagnose gestellt wurde.

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt: ACD

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen ambulanten Fall in der Notaufnahme haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens einen ambulanten Fall in der Notaufnahme haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Patientensicherheit

Frage: Ist die Aufnahmediagnose hier HI?
Antwort: Ja.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt: ACD

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Indikation im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Beschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Herzinsuffizienz - Indikator 7 - Patientensicherheit

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die Angiotensin-II Rezeptorblocker (ARB) und ACE-Hemmer erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB) und ACE-Hemmer zeitgleich verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Herzinsuffizienz - Indikator 8 - Patientensicherheit

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die Calcium-Antagonisten vom Dihydropyridin-Typ bekommen.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Calcium-Antagonisten vom Dihydropyridin-Typ verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird,**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Im Folgenden werden zehn Indikatoren zu Koordination und Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Koordination und Kontinuität: Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient:innen eher empfohlen sind.

Zu diesem Indikator:
Dieser Indikator bezieht sich auf die Abklärung einer Erstdiagnose.
Fallbeispiel: Die Erstdiagnose wird beim FA für Allgemeinmedizin gestellt und wird anschließend durch eine Untersuchung beim FA für Kardiologie abgeklärt.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgung, eher höher

Indikatorinhalt basiert auf Howlett JG, McKelvie RS, Costigan J, et al. The 2010 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the diagnosis and management of heart failure update: Heart failure in ethnic minority populations, heart failure and pregnancy, disease management, and quality improvement/assurance programs. Can J Cardiol. 2010;26(4):185-202. doi:10.1016/s0828-282x(10)70367-6

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, die zeitnah bei einem Facharzt vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, deren Erstdiagnose nicht von einer/m FA für Kardiologie oder eine/r hausärztlichen Internist/in gestellt wird und die im selben oder im Folgequartal der Erstdiagnose einen Abrechnungskontakt zu einem FA für Kardiologie oder eine/r hausärztlichen Internist/in haben.** **(Annahme für Erstdiagnose: keine Diagnose für HI in den vorangegangenen 4 Quartalen)**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) erstmals kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

	Anteil der Patient:innen mit Erstdiagnose Herzinsuffizienz, die

Indikatorbeschreibung	***zeitnah bei einem Facharzt vorstellig sind.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im selben oder im Folgequartal der Erstdiagnose einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie oder einem hausärztlichen Internisten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) erstmals kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 2 - Koordination und Kontinuität

<u>Richtwert</u>: Überblick über Versorgung

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf dem Projekt: ACD

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die in einer Mindestanzahl an Quartalen des Beobachtungsjahrs bei einem Facharzt vorstellig sind.**
	Anzahl der Patient/innen des Nenners, die in mindestens x von vier Quartalen des Beobachtungsjahrs einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Kardiologie oder einem hausärztlichen Internisten haben. **Hinweis: Die angemessene Anzahl wird im Folgenden erfragt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

1. **unabhängig der Schwere, Richtwert**: Welche Mindestanzahl an Facharztbesuchen im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem Quartal

2. **NYHA Stadium 1-3:** Welche Mindestanzahl an Facharztbesuchen im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem Quartal

3. **NYHA Stadium 4:** Welche Mindestanzahl an Facharztbesuchen im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem Quartal

4. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Herzinsuffizienz - Indikator 4 - Koordination und Kontinuität

Frage: Ist hier je derselbe Kardiologe gemeint oder können es auch verschiedene sein?
Antwort: Es geht um die regelmäßige Kontrolle. Diese ist hier nicht an eine/n feste/n Kardiolog/in gebunden.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über die Versorgung, eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Smeets M, Aertgeerts B, Mullens W, et al. Optimising standards of care of heart failure in general practice the OSCAR-HF pilot study protocol. Acta Cardiol. 2019;74(5):371-379. doi:10.1080/00015385.2018.1507426

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz die regelmäßig bei eine/m Kardiolog/in vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen der Nenners, die mindestens alle sechs Quartale einen Abrechnungskontakt bei eine/m FA für Kardiologie haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die regelmäßig bei einem Kardiologen vorstellig sind.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen der Nenners, die mindestens alle sechs Quartale einen Abrechnungskontakt bei einem Kardiologen haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 5 - Koordination und Kontinuität

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über die Versorgung, eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Smeets M, Aertgeerts B, Mullens W, et al. Optimising standards of care of heart failure in general practice the OSCAR-HF pilot study protocol. Acta Cardiol. 2019;74(5):371-379. doi:10.1080/00015385.2018.1507426

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Kontakt zu eine/r FA für Kardiologie mit Überweisung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu eine/r FA für Kardiologie mit Überweisung im Beobachtungsjahr haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Arztkontakt zu einem Facharzt für Kardiologie mit Überweisung haben.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie mit Überweisung im Beobachtungsjahr haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 6 - Koordination und Kontinuität

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher höher

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt: ACD

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Kontakt zu eine/r Internist/in oder eine/r FA für Innere Medizin und Kardiologie mit Überweisung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Abrechnungskontakt zu einem Internisten oder FA für Innere Medizin und Kardiologie mit Überweisung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Arztkontakt zu einem Internisten / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung haben.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Abrechnungskontakt zu einem Internisten / fachärztliche Innere Medizin mit Überweisung im Beobachtungsjahr haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 7 - Koordination und Kontinuität

Die folgenden Indikatoren beziehen sich auf die Weiterbehandlung nach einer Hospitalisierung.

Richtwert: eher höher
Indikatorinhalt basiert auf Nuti S, Ferré F, Seghieri C, Foresi E, Stukel TA. Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway. Health Policy. 2020;124(1):44-51. doi:10.1016/j.healthpol.2019.11.001

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Anti-Aldosteron erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens zwei Anti-Aldosteron Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index-Hospitalisierung wegen der Indikation (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Anti-Aldosteron erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Anti-Aldosteron Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index-Hospitalisierung (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 8 - Koordination und Kontinuität

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher höher

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Nuti, S., Ferré, F., Seghieri, C., Foresi, E., & Stukel, T. A. (2020). Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 124(1), 44–51. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.001

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin ACE-Hemmer oder ARB erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens zwei ACE-Hemmer oder ARB Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index-Hospitalisierung (vollstationär) wegen der Indikation (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin ACE-Hemmer oder ARB erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei ACE-Hemmer oder ARB Verschreibungen in den vier Folgequartalen der Index-Hospitalisierung (erster Krankenhausaufenthalt) verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 9 - Koordination und Kontinuität

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Kociol, R. D., Liang, L., Hernandez, A. F., Curtis, L. H., Heidenreich, P. A., Yancy, C. W., Fonarow, G. C., & Peterson, E. D. (2013). Are we targeting the right metric for heart failure? Comparison of hospital 30-day readmission rates and total episode of care inpatient days. American heart journal, 165(6), 987–994.e1. https://doi.org/10.1016/j.ahj.2013.02.006

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem vollstationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Antikoagulantien erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die nach einem vollstationären Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im gleichen oder Folgequartal ambulant Antikoagulantien verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiterhin Warfarin erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im gleichen oder Folgequartal ambulant Warfarin verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 11 - Koordination und Kontinuität

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt: ACD

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiter ambulant von eine/r FA für Kardiologie behandelt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die nach der Entlassung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts wegen der Indikation innerhalb der folgenden zwei Quartale einen Abrechnungskontakt zu eine/r FA für Kardiologie haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Herzinsuffizienz, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt weiter ambulant von einem Kardiologen behandelt werden.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach Entlassung nach einem Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) innerhalb der folgenden vier Quartale einen Abrechnungskontakt zu einem Facharzt für Kardiologie hat.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Herzinsuffizienz - Indikator 12 - Koordination und Kontinuität

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst hoch

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Nuti, S., Ferré, F., Seghieri, C., Foresi, E., & Stukel, T. A. (2020). Managing the performance of general practitioners and specialists referral networks: A system for evaluating the heart failure pathway. Health policy (Amsterdam, Netherlands), 124(1), 44–51. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.001

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit kongestiver Herzinsuffizienz, die im Folgejahr der Index-Hospitalisierung mindestens eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die nach dem Index-Krankenhausaufenthalt aufgrund der Indikation Herzinsuffizienz in mindestens einem der vier Folgequartale eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.** ***Annahme: ein Krankenhausaufenthalt wird als Index-Krankenhausaufenthalt angesehen, sofern in den vergangenen 18 Monaten kein Krankenhausaufenthalt stattfand.***
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit kongestiver Herzinsuffizienz, die im Folgejahr der Index-Hospitalisierung mindestens eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.***

Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die nach dem ersten stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose in mindestens einem der folgenden vier Quartalen eine Messung von natriuretischem Peptid vom B-Typ (BNP) und N-terminalem natriuretischem Peptid vom Pro-Typ (NT-proBNP) erhalten.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Herzinsuffizienz (I50) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Myokardinfarkt möglich.

1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Ich möchte mit den Indikatoren zum Myokardinfarkt starten.
- ◯ Depression
- ◯ Rückenschmerz
- ◯ übergeordnete Indikatoren
- ◯ zurück zum Beginn von Herzinsuffizienz
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Teil 2: Myokardinfarkt - Abstimmung über die offenen Punkte der ersten Abstimmungsrunde

In der ersten Abstimmungsrunde haben wir sie gebeten, Ereignisse und Ergebnisse anzugeben, die im Laufe einer Versorgung von Patient:innen mit Myokardinfarkt anzustreben sind, zu vermeiden sind oder im Blick auf eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung zu beachten sind. Wir haben Ihre Angaben aggregiert und bitten Sie im Folgenden die Relevanz der angegebenen Ereignisse zu bewerten.

1. zu vermeiden: Herzinsuffizienz

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. zu vermeiden: Angina pectoris

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. zu vermeiden: Reinfarkt

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. zu vermeiden: Fortschreiten der KHK; dauerhaft symptomatische KHK

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. zu vermeiden: Stentthrombose

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. zu vermeiden: Tod / höhere Mortalität (sehr begrenzt möglich. Die Todesursache ist nicht abbildbar, jedoch der Todeszeitpunkt. Ein Vergleich der Mortalität (ohne Todesgrund) ist möglich.)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. anzustreben: Reintegration ins Arbeitsleben (Operationalisierbar über AU-Dauer/AU-Häufigkeit)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

8. anzustreben: regelmäßige Kontrolltermine bei FA für Kardiologie und psychologische Betreuung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

9. anzustreben: Rehabilitation - zu Beginn und während der Erkrankung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

10. anzustreben: Reduktion von Mortalität und Morbidität (sehr begrenzt möglich. Die Todesursache ist nicht abbildbar, jedoch der Todeszeitpunkt. Ein Vergleich der Mortalität (ohne Todesgrund) ist möglich.)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

11. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: regelmäßige hausärztliche Kontrollen (stabile Arzt/Ärztin-Patient/innenbeziehung)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

12. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: Nachsorge durch Hausarzt/ärztin, FA für Kardiologie, Reha/Sportmedizin

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Übergeordnet für alle Indikatoren:
1) Kritik Outcome Indikator: Da hier Indikatoren konsentiert werden, die auf Routinedaten abbildbar sein sollen, sind oft Ereignisse (Untersuchungen, AM, Prozeduren) Inhalt der Indikatoren, die objektiv messbar sind (kodiert). Dies schließt häufig patientenseitige Entscheidungen oder Angebote und Gespräche aus. Die Indikatoren sollen ein übergeordnetes Bild der Versorgungssituation abgeben.

2) Wie ist sind Indikatoren die Arzneimittel enthalten, die auch OTC sind messbar?
Antwort: Die Indikatoren beziehen sich nur auf die verordnet und eingelösten Arzneimittel. Auch bei frei verkäuflichen Arzneimitteln ist der Indikator darauf beschränkt.

Zu diesem Indikator:
Differenzierung zwischen instabiler und stabiler KHK? Alter des MI?
Antwort: Weitere Differenzierungen werden in den Analysen angestrebt. Die Abstimmung verfolgt das Ziel abzuschätzen, ob die Betrachtung des Indikatorinhalts relevant ist.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
2) Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 13;:]. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575
3) Millett, C., Gray, J., Wall, M., & Majeed, A. (2009). Ethnic disparities in coronary heart disease management and pay for performance in the UK. Journal of general internal medicine, 24(1), 8–13. https://doi.org/10.1007/s11606-008-0832-5

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von oralen Betablockern im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr Betablocker verordnet bekommen und erhalten haben.**
	Anzahl der Patient/innen, bei denen im

Nenner	**Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1 (Nenner wird nicht angezeigt, hier gab es keine Änderung)

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von oralen Betablockern im Beobachtungsjahr.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung von Betablockern im Beobachtungsjahr.<***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 4 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf Eindhoven DC, Hilt AD, Zwaan TC, Schalij MJ, Borleffs CJW. Age and gender differences in medical adherence after myocardial infarction: Women do not receive optimal treatment - The Netherlands claims database. Eur J Prev Cardiol. 2018;25(2):181-189. doi:10.1177/2047487317744363

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung doppelter Thrombozytenaggregationshemmung im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr doppelte Thrombozytenaggreagtionshemmer verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung doppelter Thrombozytenaggregationshemmung im Beobachtungsjahr.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners mit Verschreibung doppelter Thrombozytenaggregationshemmung im Beobachtungsjahr.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 5 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung, die entweder ACE Hemmer oder ARB (Angiotensin-II Rezeptorblocker) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr entweder ACE-Hemmer oder ARB verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung, die entweder ACE-Hemmer oder ARB (Angiotensin-II-Rezeptorblocker) erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die entweder ACE-Hemmer oder ARB verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 7 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS). 2012.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung mit Verschreibung von Nifedipin und anderen Dihydropyridinen, die keine Betablocker erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr keine Betablocker verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr, die Nifedipin und anderen Dihydropyridinen verordnet und erhalten haben.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Nifedipin und anderen Dihydropyridinen, die keine Betablocker erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Betablocker verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr, die Nifedipin und anderen Dihydropyridinen verordnet und erhalten haben.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS). 2012.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil an Patient/innen nach akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die sowohl Acetylsalicylsäure als auch einen NSAR (selektive COX-2-Inhibitoren und nicht-selektive NSAR) erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Acetylsalicylsäure und NSAR (selektive COX-2-Inhibitoren und nichtselektive NSAR) verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil an Patienten nach akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die sowohl Acetylsalicylsäure als auch einen NSAR (selektive COX-2-Inhibitoren und nicht-selektive NSAR) erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Acetylsalicylsäure und NSAR (selektive COX-2-Inhibitoren und nicht-selektive NSAR) verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 9 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher höher

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS). 2015.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen nach Akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die P2Y12-Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Acetylsalicylsäure erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners nach Akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die im Beobachtungsjahr P2Y12- Rezeptorantagonisten (Thrombozytenaggregationshemmer) zusätzlich zu Acetylsalicylsäure verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten nach Akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die P2Y12-Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Acetylsalicylsäure erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners nach Akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung, die P2Y12-Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Acetylsalicylsäure verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf Jneid H, Addison D, Bhatt DL, et al. 2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017;10(10):e000032. doi:10.1161/HCQ.0000000000000032

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Prasugrel bei Historie eines Schlaganfalls.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Prasugel bei Historie eines Schlaganfalls verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr und vorhergehendem Schlaganfall.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Prasugrel bei Historie eines Schlaganfalls.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Prasugel bei Historie eines Schlaganfalls verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr und vorhergehendem Schlaganfall.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 11 - Relevanter Prozess

Richtwert: Überblick über Versorgung

Indikatorinhalt basiert auf Projekt ACD

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt, deren LDL und HDL Werte im Beobachtungsjahr ambulant untersucht werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, deren HDL und LDL Werte im Beobachtungsjahr ambulant untersucht wurden.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 15 - Relevanter Prozess

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst hoch

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI). 2017.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST Hebung ohne Herzinsuffizienz und Verordnung eines niedrigdosierten ASS, einem P2Y12-Inhibitor und hochintensiven Statin im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr niedrigdosiertes ASS, ein P2Y12-Inhibitor und hochintensives Statin verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt ohne ST Hebung ohne Herzinsuffizienz und Verordnung eines niedrigdosierten ASS, einem P2Y12-Inhibitor und hochintensiven Statin im Beobachtungsjahr.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners die niedrigdosiertes ASS, ein P2Y12-Inhibitor und hochintensives Statin verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 16 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS). 2012.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und Herzinsuffizienz, bei denen eine Koronarrevaskularisation durchgeführt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen im Jahr nach dem Ereignis eine Revaskularisation durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und ohne Herzinsuffizienz im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und Herzinsuffizienz, bei denen eine Koronarrevaskularisation durchgeführt wird.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen eine Revaskularisation durchgeführt wird.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und ohne Herzinsuffizienz im Beobachtungsjahr.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 19 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgung

Indikatorinhalt basiert auf Aeyels D, Van Vugt S, Sinnaeve PR, et al. Lack of evidence and standardization in care pathway documents for patients with ST-elevated myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016;15(3):e45-e51. doi:10.1177/1474515115580237

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung die im Folgejahr eine PCI erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners mit einer PCI (perkutaner Koronarintervention) innerhalb des Jahrs nach dem Ereignis.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung mit PCI innerhalb des Folgejahres.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners mit PCI (perkutaner Koronarintervention) innerhalb von 12 Monaten.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 20 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS). 2015.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung und drug eluting stent (DES) im Folgejahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen mit PCI (perkutaner Koronarintervention) und drug eluting stent (DES) innerhalb des Folgejahrs nach dem Ereignis.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit STEMI und drug eluting stent (DES).***
Zähler	***Anzahl der Patienten mit PCI (perkutaner Koronarintervention) und drug eluting stent (DES).***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 21 - Relevanter Prozess

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher hoch

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI). 2017.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und drug eluting stent (DES) im Folgejahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen mit PCI (perkutaner Koronarintervention) und drug eluting stent (DES) innerhalb des Folgejahrs nach dem Ereignis.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit PCI und drug eluting stent (DES).***
Zähler	***Anzahl der Patienten mit PCI und drug eluting stent (DES).***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt und PCI im Beobachtungsjahr.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Kontinuität und Koordination bei der Versorgung</u> der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden zwei Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zur Bewertung dargestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Zu diesem Indikator:

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf Jeschke E, Günster C, Klauber J. Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR): Follow-up in der Qualitätsmessung - Eine Analyse fallübergreifender Behandlungsverläufe [Quality assurance with administrative data (QSR): follow-up in quality measurement - an analysis of patient records]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2015;109(9-10):673-681. doi:10.1016/j.zefq.2015.09.022

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhalten und den Folgemonat oder das Folgejahr überleben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine PCI erhalten und mindestens die darauffolgenden 30 oder 365 Tage überleben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt und PCI im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die im Beobachtungsjahr eine PCI erhalten und den Folgemonat / das Folgejahr überleben.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine PCI erhalten und mindestens 30 / 365 Tage überleben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt und PCI im***

	Beobachtungsjahr.

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 3 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 13;:]. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575
2) Jneid H, Addison D, Bhatt DL, et al. 2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017;10(10):e000032. doi:10.1161/HCQ.0000000000000032

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt, die innerhalb eines Monats oder Jahres nach einem Myokardinfarkt versterben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die innerhalb eines Monats / Jahres nach dem Ereignis versterben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt, die innerhalb eines Monats / Jahres nach einem Myokardinfarkt versterben.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die innerhalb eines Monats / Jahres versterben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Myokardinfarkt - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Im Folgenden wird ein Indikator zu Koordination und Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Koordination und Kontinuität: Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient:innen eher empfohlen sind.

Zu diesem Indikator
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Übersicht über Versorgungssituation

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt ACD.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu eine:r Internist:in oder eine:m FA für Innere Medizin und Kardiologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Abrechnungskontakt bei eine/r Internist/in, eine/r FA für Innere Medizin und Kardiologie mit Überweisung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Historie eines Myokardinfarkts.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patienten mit Myokardinfarkt mit mindestens einem Abrechnungskontakt zu einem (a) Internist / fachärztliche Innere Medizin / (b) Kardiologie mit Überweisung innerhalb des Beobachtungsjahrs.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, für die mindestens eine Abrechnungsposition von einem (a) Internist / fachärztliche Innere Medizin / (b) Facharzt für Kardiologie mit Überweisung abgerechnet wurde.***
	Anzahl der Patient:innen, bei denen im

Nenner	***Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja

○ Nein

○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Depression möglich.

1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Starten der Beurteilung: Indikatoren zu Depression
- ◯ weiter zu den Indikatoren zu Rückenschmerz
- ◯ weiter zu den übergeordneten Indikatoren
- ◯ zurück zum Beginn der Indikatoren zu Herzinsuffizienz
- ◯ zurück zum Beginn der Indikatoren zu Myokardinfarkt
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Teil 2: Depression - Abstimmung über die offenen Punkte der ersten Abstimmungsrunde

In der ersten Abstimmungsrunde haben wir sie gebeten, Ereignisse und Ergebnisse anzugeben, die im Laufe einer Versorgung von Patient:innen mit Depression anzustreben sind, zu vermeiden sind oder im Blick auf eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung zu beachten sind. Wir haben Ihre Angaben aggregiert und bitten Sie im Folgenden die Relevanz der angegebenen Ereignisse zu bewerten.

1. zu vermeiden: Arbeitsunfähigkeit (Operationalisierung über Dauer und Häufigkeit)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. zu vermeiden: Polypharmazie

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. zu vermeiden: Verschlechterung / schwere depressive Episode

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. zu vermeiden: Chronifizierung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. zu vermeiden: Klinikeinweisung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. zu vermeiden: mangelnde/fehlende Behandlung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. zu vermeiden: Abbruch der Behandlung (Medikamente, Psychotherapie)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

8. zu vermeiden: Suizid (sehr begrenzt möglich. Die Todesursache ist nicht abbildbar, jedoch der Todeszeitpunkt. Ein Vergleich der Mortalität (ohne Todesgrund) ist möglich.)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

9. anzustreben: Reduktion der Depression

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

10. anzustreben: Regelmäßige und ausreichend lange Behandlung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

11. anzustreben: Vermeidung einer Langzeiterkrankung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

12. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: regelmäßige Betreuung (psychotherapeutische Begleitung, fachpsychotherapeutische Betreuung)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

13. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: regelmäßige Kontrolle und Anpassung der Medikation

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Depression - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Zunächst werden neun Indikatoren zu relevanten Prozessen in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Relevanter Prozess: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche etc.) die auf Empfehlungen basieren.

Übergeordnet für alle Indikatoren:
1. Unterscheidung des Schweregrads
Antwort: Die Indikatoren enthalten oft Unterscheidungen nach Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer). Indikatoren, die eine solche Unterscheidung nicht beinhalten beziehen sich zunächst auf alle Schweregrade. Eine Differenzierung ist im Nachhinein zur Interpretation der Ergebnisse möglich.

2. Kritik Outcome Indikator
Antwort: Da hier Indikatoren konsentiert werden, die auf Routinedaten abbildbar sein sollen, sind oft Ereignisse (Untersuchungen, AM, Prozeduren) Inhalt der Indikatoren, die objektiv messbar sind (kodierte Daten). Dies schließt häufig patientenseitige Entscheidungen oder Angebote und Gespräche aus. Die Indikatoren sollen ein übergeordnetes Bild der Versorgungssituation abgeben.

Zu diesem Indikator:
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation, eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf Schubert I, Stelzer D, Siegel A, et al. Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal". Dtsch Arztebl Int. 2021;118(27-28):465-472. doi:10.3238/arztebl.m2021.0163

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr eine Psychotherapie zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Psychotherapie verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr eine Psychotherapie zur Behandlung***

	erhalten.
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Psychotherapie verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 2 - Relevanter Prozess

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinie.de
2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit chronischer Depression, die im Beobachtungsjahr weder eine ausreichende Kombinationsbehandlung noch eine Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) erhalten, aber eine vollstationäre Behandlung wegen der Diagnose erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die keine Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) (verordnet bekommen und) erhalten haben aber wegen der Indikation einen einen vollstationären Krankenhausaufenthalt haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression anhaltend kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit chronischer Depression, die im Beobachtungsjahr entweder eine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) oder eine stationäre Behandlung erhalten.***

Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) verordnet und erhalten haben und keinen stationären Aufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression anhaltend kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja

○ Nein

○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 3 - Relevanter Prozess

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinie.de
2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die im Beobachtungsjahr weder eine ausreichende Kombinationsbehandlung noch eine Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) erhalten, aber eine stationäre Behandlung wegen der Diagnose erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die keine Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben aber wegen der Indikation einen Krankenhausaufenthalt haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr eine mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die im Beobachtungsjahr entweder eine ausreichende Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) oder eine stationäre Behandlung erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die keine Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben und einen***

	Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) haben.
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja

○ Nein

○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 4 - Relevanter Prozess

***Änderung des Indikators* aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1**

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinie.de
2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuter mittelgradiger Depression, die im Beobachtungsjahr Psychotherapie oder ein Antidepressivum zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anteil der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige Depression akut kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger Depression, die im Beobachtungsjahr Psychotherapie oder ein Antidepressivum zur Behandlung erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Psychotherapie oder Antidepressiva verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anteil der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige Depression akut kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 6 - Relevanter Prozess

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher höher

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. Published 2011.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder einer interpersonelle Therapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet bekommen und erhalten haben sowie eine Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologischer Therapie erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva und eine Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 8 - Relevanter Prozess

Frage der Panelteilnehmenden:
Was ist chronische physische Komorbidität und wieso ist diese relevant?
Antwort: Subgruppe mit besonderen Therapiebedarfen und mgl. Komplexen Interaktionsproblemen

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher höher

Indikatorinhalt basiert auf National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. Published 2011.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit schwerer Depression und chronischer physischen Komorbidität, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder einer interpersonelle Therapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet bekommen und erhalten haben sowie eine Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression und chronischer physischen Komorbidität, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologischen Therapie erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva und eine Verhaltenstherapie oder eine***

	tiefenpsychologische Therapie verordnet und erhalten haben.
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression sowie eine chronische physische Komorbidität kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Frage der Panelteilnehmenden:
Wieso soll der Calciumspiegel untersucht werden?
Antwort: Zusammenhang Lithium und Nebenschilddrüse, Detektion/Ausschluss lithiuminduzierter Hyperparathyreoidismus.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. Published 2011.
2) Savage N, Green J, Seshadri M, Thalitaya MD. Study on Lithium Monitoring amongst Patients in a Community Mental Health and Primary Care Setting in Rural England. Psychiatr Danub. 2017;29(Suppl 3):481-486.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit rezidivierender Depression oder chronischen Depression, die Lithium erhalten und deren Calciumspiegel durch eine Blutuntersuchung regelmäßig untersucht wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Lithium verordnet bekommen und erhalten haben und bei denen eine Blutuntersuchung: Calcium alle drei Monate oder alle sechs Monate durcheführt wurde.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Patient:innen mit rezidivierender Depression oder resistenter Depression, die Lithium erhalten und deren Calciumspiegel durch eine Blutuntersuchung regelmäßig untersucht wird.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Lithium verordnet und erhalten haben und die eine Blutuntersuchung: Calcium alle drei Monate/ alle sechs Monate erhalten.***
	Anzahl der Patient:innen, bei denen im

Nenner	***Beobachtungsjahr rezidivierende Depression oder beständige Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Depression - Indikator 12 - Relevanter Prozess

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit leichter Depression, die nach der Erstdiagnose zeitnah Psychotherapie erhalten**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die in den zwei Folgequartalen nach der Erstdiagnose (Depression) eine Psychotherapie erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression erstmals kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden sieben Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zur Bewertung dargestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Zu diesem Indikator:
Unklarheiten/Fragen der Panelteilnehmenden:
Bei welcher Indikation soll Amitriptylin eingesetzt werden?
Antwort: Es ist in der Analyse zu berücksichtigen, dass Amitriptylin nicht wegen einer anderen Erkrankung verordnet wurde. Dies gilt auch für andere Wirkstoffe.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinie.de
2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit leichten depressiven Episoden, die Antidepressiva zur Erstbehandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die nach der Erstdiagnose Antidepressiva verordnet und erhalten haben.** **Annahme einer Erstkodierung, wenn für mehrere Quartale keine entsprechende Diagnose gestellt wurde.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression erstmals kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit leichten depressiven Episoden, die Antidepressiva zur Erstbehandlung erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression erstmals kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 2 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinie.de
2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit leichter Depression ohne psychische Komorbidität, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Antidepressivum (mindestens einmal) verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression ohne psychische Komorbidität kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit leichter Depression ohne psychische Komorbidität, die im Beobachtungsjahr Antidepressiva erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressivum (mindestens einmal) verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression ohne psychische Komorbidität kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 3 - Patientensicherheit

Frage/Unklarheit Panelteilnehmenden

1)Wichtig ist die Aufklärung über das Abhängigkeitsrisiko.
Antwort: Angebote, Beratungen, Gespräche lassen sich (meist) nicht in Routinedaten abbilden.

2) Verordnung ist häufig über ein Privatrezept.
Antwort: Diese Limitation kann bei einer Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinie.de
2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit leichter Depression, die Benzodiazepine oder z-Substanzen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Benzodiazepine oder z-Substanzen verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit leichter Depression, die Benzodiazepine oder z-Substanzen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Benzodiazepine oder z-Substanzen verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr leichte Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 4 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die Ketamin ambulant erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Ketamin verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Depression, die Ketamin ambulant erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Ketamin verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Kontinuität und Koordination bei der Versorgung</u> der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 5 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf dem Projekt ACD

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Indikation haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Indikation haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Depression, die mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt (aufgrund der Diagnose) im Beobachtungsjahr haben.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Kontinuität und Koordination bei der Versorgung</u> der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 7 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
Schubert I, Stelzer D, Siegel A, et al. Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal". Dtsch Arztebl Int. 2021;118(27-28):465-472. doi:10.3238/arztebl.m2021.0163

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die einen vollstationären Aufenthalt wegen der Indikation haben und nach Entlassung eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. 30 Tage, 90 Tage) stattfindet.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Indikation haben und bei denen eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums stattfindet.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Depression, die einen stationären Aufenthalt haben und nach Entlassung eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraum (z.B. 30 Tage, 90 Tage) stattfindet.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben und eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums stattfindet.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Depression - Indikator 8 - Patientensicherheit

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die einen teilstationären Aufenthalt wegen der Indikation haben und nach Entlassung eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. 30 Tage, 90 Tage) stattfindet.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens einen teilstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Indikation haben und bei denen eine stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums stattfindet.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 2 - Kontinuität

Im Folgenden werden sieben Indikatoren zu Koordination und Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

<u>Koordination und Kontinuität:</u> Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient:innen eher empfohlen sind.

Zu diesem Indikator
<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher hoch, Überblick über Versorgung (direkt nach Diagnosestellung)

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf dem Projekt ACD

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit schwerer Depression, die im Folgequartal der Erstdiagnosestellung (schwere Depression) bei eine/r Arzt/Ärztin im ambulanten Bereich vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Folgequartal der Erstdiagnose einen ambulanten Abrechnungskontakt zu einer/einem Hausarzt/ärztin (FA für Allgemeinmedizin) oder einer/einem Psychiater (FA für Psychiatrie und Psychotherapie) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit schwerer Depression, die im Folgequartal der Diagnosestellung bei einem Arzt im ambulanten Bereich vorstellig sind.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Folgequartal der Erstdiagnose ambulant einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Hausarzt oder Psychiater) haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 3 - Kontinuität

***Änderung des Indikators* aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1**

Richtwert: eher hoch, Überblick über Versorgung (im Versorgungsablauf)

Indikatorinhalt basiert auf Wiegand HF, Sievers C, Schillinger M, Godemann F. Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. J Affect Disord. 2016;189:246-253. doi:10.1016/j.jad.2015.09.013

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit schwerer oder psychotischer Depression oder schweren psychotischer Komorbidität, die im Beobachtungsjahr ambulant regelmäßigen Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin hat.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die in mindestens in einem Quartal des Beobachtungsjahrs einen Abrechnungskontakt zu einer/einem Hausarzt/ärztin (FA für Allgemeinmedizin) oder einer/einem Psychiater/in (FA für Psychiatrie und Psychotherapie) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit schwerer oder psychotischer Depression oder schweren psychotischer Komorbidität, die im Beobachtungsjahr ambulant bei einem Psychiater oder einem Allgemeinmediziner vorstellig sind.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens in einem Quartal einen Abrechnungskontakt zu eine:m Psychiater:in oder eine:n Hausarzt:in haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 5 - Kontinuität

1) Ist hier die Mindestanzahl für eine optimale Behandlung erfragt oder das absolute Minimum?
Antwort: Angabe für eine kontinuierliche Behandlung.
2) Ergänzung der Fragestellung um die Einschätzung bei 1) leichter Depression, 2) mittelgradige Depression, 3) schwere Depression
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt ACD

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression und kontinuierlichem Arztkontakt im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die in mindestens x Quartalen des Beobachtungsjahr einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (FA für Allgemeinmedizin, FA für Psychiatrie und Psychotherapie, FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) haben. Hinweis: Die Anzahl der Quartale in denen ein Arztkontakt stattfinden soll, wird im Folgenden erfragt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit Depression und kontinuierlichem Arztkontakt im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die in mindestens x Quartalen einen Abrechnungskontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt (Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut, FA für psychosomatische Medizin, FA Psychiatrie) haben.** **Hinweis: Die Anzahl der Quartale in denen ein Arztkontakt stattfinden soll, wird im Folgenden erfragt.**
	Anzahl der Patient:innen bei denen im

Nenner	Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.

1. Übergeordnet über alle Schweregrade, **Richtwert**: Welche Mindestanzahl an Facharztbesuche im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem der vier Quartale des Beobachtungsjahrs

2. Bei **leichter** Depression: Welche Mindestanzahl an Facharztbesuche im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem der vier Quartale des Beobachtungsjahrs

3. Bei **mittelgradiger** Depression: Welche Mindestanzahl an Facharztbesuche im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem der vier Quartale des Beobachtungsjahrs

4. Bei **schwerer** Depression: Welche Mindestanzahl an Facharztbesuche im Beobachtungsjahr erachten Sie als angemessen?

- ◯ in mindestens einem von vier Quartalen
- ◯ in mindestens zwei von vier Quartalen
- ◯ in mindestens drei von vier Quartalen
- ◯ in jedem der vier Quartale des Beobachtungsjahrs

5. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

6. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

7. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Depression - Indikator 7 - Kontinuität

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, mit längerer AU-Zeit im Beobachtungsjahr ohne Ansatz einer intensivierten Behandlung.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr wegen der Indikation mindestens zwei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) in Folge haben und keine Antidepressiva oder Psychotherapie verordnet bekommen und erhalten haben oder einen stationären Aufenthalt haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Depression, mit längerer AU-Zeit im Beobachtungsjahr ohne Ansatz einer intensivierten Behandlung.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens zwei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) in Folge haben und keine Antidepressiva oder Psychotherapie verordnet und erhalten haben oder einen stationären Aufenthalt haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression (F32) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Depression - Indikator 9 - Kontinuität

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit schwerer Depression, die im Folgequartal der Diagnosestellung bei einem Hausarzt/einer Hausärztin im ambulanten Bereich vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Folgequartal der Erstdiagnose ambulant einen Abrechnungskontakt zu einem/einer FA für Allgemeinmedizin haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Depression - Indikator 10 - Kontinuität

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit schwerer Depression, die im Folgequartal der Diagnosestellung bei einem Psychiater im ambulanten Bereich vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Folgequartal der Erstdiagnose ambulant einen Abrechnungskontakt zu einem/einer FA für Psychiatrie und Psychologie haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Depression - Indikator 11 - Kontinuität

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr regelmäßig bei einem Psychiater, Psychotherapeuten oder Hausarzt vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die in jedem Quartal einen Abrechnungskontakt zu einem Arzt / einer Ärztin (Psychiater:in, Psychotherapeut:in, Hausarzt/-ärztin) haben.**
Nenner	**Anteil der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von Indikatoren zur Erkrankung Rückenschmerz möglich.

* 1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Start der Beurteilung der Indikatoren zu Rückenschmerz
- ◯ weiter zu den übergeordneten Indikatoren
- ◯ zurück zum Beginn von Herzinsuffizienz
- ◯ zurück zum Beginn von Myokardinfarkt
- ◯ zurück zum Beginn von Depression
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Teil 2: Rückenschmerz - Abstimmung über die offenen Punkte der ersten Abstimmungsrunde

In der ersten Abstimmungsrunde haben wir sie gebeten, Ereignisse und Ergebnisse anzugeben, die im Laufe einer Versorgung von Patient:innen mit Rückenschmerzen anzustreben sind, zu vermeiden sind oder im Blick auf eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung zu beachten sind. Wir haben Ihre Angaben aggregiert und bitten Sie im Folgenden die Relevanz der angegebenen Ereignisse zu bewerten.

1. zu vermeiden: Arbeitsunfähigkeit (Operationalisierbar über AU Dauer und Häufigkeit)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. zu vermeiden: Operationen

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. zu vermeiden: Depression / Psychische Erkrankungen

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. zu vermeiden: Monotherapie: Medikamente

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. zu vermeiden: Chronifizierung / Verschlechterung der Beschwerden

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. zu vermeiden: Schwere Nervenkompressionssyndrome

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. anzustreben: Erhalt / Wiederherstellung Arbeitsfähigkeit

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

8. anzustreben: Gezielte Diagnosestellung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

9. anzustreben: Leitlinienkonforme Untersuchungen durch Erstbehandler/in

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

10. anzustreben: kurzzeitige physiotherapeutische Behandlung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

11. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: Inanspruchnahme von Orthopäden ohne Überweisung

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

12. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: primärmedizinische Steuerung der Behandlung /Stabile Arzt-Patienten-Beziehung
(Annahme: gleiche Praxis bzw. gleicher Arzt/gleiche Ärztin)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

13. relevante Aspekte der Koordination und Kontinuität: Erstversorgung durch Hausarzt/Hausärztin (Allgemeinmedizin)

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Rückenschmerz - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden 21 Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zu Beurteilung vorgestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Zu diesem Indikator
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Arztbesuch mit der Diagnose eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Besuch aufgrund der Indikation ein Röntgenbild der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr eine Neu-Kodierung von nicht-spezifischer Rückenschmerz stattfindet.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit akuten Rückenschmerzen, bei denen im Beobachtungsjahr bei ihrem ersten ambulanten Arztbesuch eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.***
	Anzahl der Patient:innen des Nenners,

Zähler	***bei denen bei ihrem ersten ambulanten Besuch aufgrund von Rückenschmerzen ein Röntgenbild der Wirbelsäule durchgeführt wird.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr eine Neu-Kodierung von unspezifische Rückenschmerzen stattfindet.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 2 - Patientensicherheit

Anmerkung der Panelteilnehmenden
Eine Abgrenzung zu Osteoporose ist sinnvoll.
Antwort: Dies kann anhand der ICD-10 Kodierung ermittelt werden.
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000377. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Rate der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal ambulant eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Rate der Patient:innen mit Rückenbeschwerden, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen mehr als einmal ambulant eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Kreuzschmerzen kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 3 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Rückenbeschwerden, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal ein MRT der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal ambulant ein MRT der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit Rückenbeschwerden, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal ein MRT der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, bei denen mehr als einmal ambulant ein MRT der Wirbelsäule durchgeführt wird.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 4 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering. Überblick über Versorgung: zu viel (erstmaliger Besuch)

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Kreuzschmerzen. DEGAM-Leitlinie Nr. 3. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2003.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit erstmaligen nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die eine Überweisung an einen Facharzt / eine Fachärztin erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im gleichen Quartal oder im Folgequartal der Erst-Kodierung eine Überweisung zu einem Facharzt / einer Fachärztin (FA für Orthopädie und Unfallchirurgie oder FA für Neurochirurgie) erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz neu-kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit erstmaligen unspezifischen Rückenschmerzen, die eine Überweisung an einen Facharzt erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im gleichen Quartal oder im Folgequartal der Erst-Kodierung eine Überweisung zu einem Facharzt (FA für Orthopädie und Unfallchirurgie oder FA für Neurochirurgie) erhalten.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerzen (M54) neu-kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 5 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher gering

Indikatorinhalt basiert auf Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz neu-kodiert wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die mindestens eines der folgenden Medikamente wegen der Indikation verordnet und erhalten haben: Gabapentin, Pregabalin, Topiramat und Carbamazepin.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz neu-kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die Gabapentin, Pregabalin, Topiramat oder Carbamazepin zur Behandlung erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die mindestens eines der folgenden Medikamente verordnet und erhalten haben: Gabapentin, Pregabalin, Topiramat und Carbamazepin.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 6 (a) - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher gering

Indikatorinhalt basiert auf DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischer Rückenschmerzen, die ohne relevante Komorbidität Antidepressiva zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wurden und die keine psychische Komorbidität kodiert haben.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die ohne relevante Komorbidität Antidepressiva zur Behandlung erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerz kodiert wurden und die keine psychische Komorbidität kodiert haben.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 6 (b) - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischer Rückenschmerz, die die Kombination Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure kombiniert verordnet bekommen und erhalten haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Kreuzschmerz, die die Kombination Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die als Medikation Uridinmonophosphat, Vitamin B12 und Folsäure kombiniert verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Kreuzschmerz (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 7 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: kann; Überblick über Versorgung (Dauer und Überwachung der Medikation)

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf 1) DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022. 2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die Opioide zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Opioide wegen der Indikation verordnet und erhalten haben und bei denen keine relevante Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die Opioide zur Behandlung erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Opioide (ATC N02A) verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 8 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: kann; Überblick über Versorgung (Dauer und Überwachung der Medikation)

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die eine Opoidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine Opioidanalgetika-Therapie wegen der Indikation in mehr als drei Quartalen in Folge verordnet und erhalten haben und bei denen keine relevante Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die eine Opoidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Opioidanalgetika-Therapie in mehr als drei Quartalen in Folge verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 9 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 20221213]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten oder subakuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die transdermale Opioide erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die transdermale Opioide verordnet und erhalten haben und bei denen keine relevante Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz akut oder subakut kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit akuten oder subakuten unspezifischen Rückenschmerzen, die transdermale Opioide erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die transdermale Opioide verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungszeitraum unspezifischer Rückenschmerz (M54) akut oder subakut kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 10 - Patientensicherheit

Frage/Unklarheit der Panelteilnehmenden:
Wie ist dieser Indikator messbar (frei verkäufliches AM)?
Antwort: Die Indikatoren beziehen sich nur auf die verordnet und eingelösten Arzneimittel. Bei frei verkäuflichen Arzeinmitteln ist der Indikator darauf beschränkt.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst niedrigst wirksame Dosis, eher gering

Indikatorinhalt basiert auf DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit anhaltenden nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die eine Nicht-Opiodanalgetika-Therapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine Nicht-Opioidanalgetika-Therapie verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz anhaltend kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit anhaltenden unspezifischen Rückenschmerzen, die eine Nicht-Opiodanalgetika-Therapie erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine Nicht-Opioidanalgetika-Therapie verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) anhaltend kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 11 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst niedrige wirksame Dosis, eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie
Kreuzschmerz – Langfassung. Version 1.X. 2010 [cited: 13.12.2022]. Available from:
http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz mit Dauermedikation ohne weitere Therapieansätze durch weitere Fachgruppen.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die über zwei Quartalen in Folge Medikation in Anspruch nehmen und keine Überweisung an Fachärzte (Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Psychotherapie oder Rehabilitative Medizin oder Physiotherapie) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz mit Dauermedikation ohne weitere Therapieansätze durch weitere Fachgruppen.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die über zwei Quartalen in Folge Medikation in Anspruch nehmen und keine Überweisung an Fachärzte (Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Psychotherapie oder Rehabilitative Medizin oder Physiotherapie) verordnet und erhalten haben.***
	Anzahl der Patient:innen, bei denen im

Nenner	***Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

○ Ja

○ Nein

○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 12 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die Glukokortikoide und Mischinfusionen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Glukokortikoide und Mischinfusionen verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die Glukokortikoide und Mischinfusionen erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die Glukokortikoide und Mischinfusionen verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 13 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: Versorgungsübersicht, kann

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und COX-2 oder NSAR als Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die COX-2 Hemmer oder NSAR verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und COX-2 oder NSAR als Behandlung erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die COX-2 Hemmer oder NSAR verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 14 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen mit Komorbidität Gastritis oder Ulcus, die mit NSAR behandelt werden jedoch keinen Protonenpumpenhemmer erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die NSAR jedoch keine Protonenpumperhemmer verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz und eine Komorbidität Gastritis oder Ulcus kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen mit Komorbidität Gastritis oder Ulcus, die mit NSAR behandelt werden jedoch keinen Protonenpumpenhemmer erhalten.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die NSAR jedoch keine Protonenpumperhemmer verordnet und erhalten haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 15 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: tendenziell eher niedrig

Ergänzung:
Kältetherapie (eher gering);
Traktion mit Gerät (gering);
PENS (möglichst gering);
Massage (akut: möglichst gering);
Interferenzstromtherapie (möglichst gering);
Kinesio-Taping (möglichst gering);
TENS (akut: möglichst gering);
Therapeutischer Ultraschall (möglichst gering);
Ergotherapie (möglichst gering);
Orthesen/Schuheinlagen (eher gering - DMP)

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.
2) DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die die Behandlung erhalten. Hinweis: die Behandlung wird im Folgenden spezifiziert.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die die ausgewählte Behandlung verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz akut kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit akuten unspezifischen Rückenschmerzen, die, die ausgewählte Behandlung erhalten.*** ***Hinweis: Im folgenden kann die Behandlung ausgewählt werden.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die die ausgewählte Behandlung verordnet und erhalten haben.***

Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) akut kodiert wird.***

1. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Muskelrelaxanzien** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Traktion mit Gerät** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Kältetherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Massage** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Kinesiotaping** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

8. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Akupunktur** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

9. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Ergotherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

10. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **therapeutischer Ultraschall** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

11. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Interferenzstromtherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Rückenschmerz - Indikator 16 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: tendenziell eher niedrig
Ergänzung:
PENS (möglichst gering);
Interferenzstromtherapie (möglichst gering);
Kinesio-Taping (möglichst gering);
TENS (chronisch: eher gering);
Orthesen/Schuheinlagen (eher gering - DMP)

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.
2) DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit anhaltenden nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die die Behandlung erhalten. Hinweis: die Behandlung wird im Folgenden spezifiziert.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die die Behandlung erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz anhaltend kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit anhaltenden unspezifischen Rückenschmerzen, die die Behandlung erhalten.** **Hinweis: die Behandlung wird im Folgenden spezifiziert.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die die Behandlung erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) anhaltend kodiert wird.**

1. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Muskelrelaxanzien** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Kinesiotaping** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Interferenzstromtherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Orthesen oder/und Schuheinlagen** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Rückenschmerz - Indikator 17 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die auf Grund der Diagnose operativ behandelt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen im Nenner, die einen geplanten (Einweisung im KH: nicht Notfall) KH-Aufenthalt mit Rückenschmerzen als Hauptdiagnosehaben und einem operativem Eingriff.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerzen, die auf Grund der Diagnose operativ behandelt werden.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen im Nenner, die einen geplanten (Einweisung im KH: nicht Notfall) KH-Aufenthalt mit Rückenschmerzen als Hauptdiagnosehaben und einem operativem Eingriff.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 18 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die eine ungeplante vollstationäre Behandlung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine ungeplante vollstationäre Behandlung (vollstationärer Aufenthalt mit Aufnahmeanlass Notfall) und eine indikationsbezogene Einweisungsdiagnose haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifische Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	**Anteil der Patient:innen mit unspezifischen Rückenschmerzen, die eine ungeplante stationäre Behandlung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die eine ungeplante stationäre Behandlung (stationärer Aufenthalt mit Aufnahmeanlass Notfall) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 19 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Indikatoren im Projekt ACD.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt, bedingt durch die Diagnose, haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt, bedingt durch die Diagnose, haben.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerzen (M54) kodiert wird.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 21 - Patientensicherheit

Anmerkung der Panelteilnehmenden:
Die Tätigkeit der Patient:innen ist hier entscheidend.
Antwort: Begrenzt sind Informationen über die Tätigkeit vorhanden. Abgezielt wird auf einen Überblick über die Versorgungssituation.
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren. Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen". 2009.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akutem nicht-spezifischem Rückenschmerz, die wegen der Indikation eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von über 14 Tagen im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, deren Arbeitsunfähigkeitsdauer wegen der Indikation in den vergangenen vier Quartalen mehr als 14 Tage beträgt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungszeitraum nicht-spezifische Kreuzschmerzen akut kodiert wurden.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit akutem unspezifischem Rückenschmerz, die eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von über 14 Tagen im Beobachtungsjahr haben.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, deren Arbeitsunfähigkeitsdauer in den vergangenen vier Quartalen mehr als 14 Tage beträgt.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen, bei denen im Beobachtungszeitraum unspezifische Kreuzschmerzen (M54) akut kodiert wurden.***

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 1 - Koordination und Kontinuität

Im Folgenden werden zwei Indikatoren zu Koordination und Kontinuität in der Versorgung zur Bewertung vorgestellt.

Koordination und Kontinuität: Regelmäßigkeiten von Leistungen, Abfolgen von Leistungen oder leistungserbringerübergreifende Aspekte, die in der Versorgung von Patient/innen eher empfohlen sind.

Zu diesem Indikator
Anmerkung der Panelteilnehmenden:
Frequenz ist nicht entscheidend für die Qualität und hat viele Gründe.
Antwort: Studien weisen darauf hin, dass eine kontinuierliche Behandlung eine Reduktion von ambulant sensitiven KH-Fällen bewirken kann.
1) Cheng, S., Chen, C. & Hou, Y., 2010. A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization: Evidence from a Universal Coverage Health Care System. Archives of Internal Medicine, 170(18), pp.1671–1677.
2) Gill, J. & Mainous, A., 1998. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Archives of Family Medicine, 7(4), pp.352–357.
3) Hong, J. & Kang, H., 2013. Continuity of ambulatory care and health outcomes in adult patients with type 2 diabetes in Korea. Health Policy, 109, pp.158–165.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Neue Formulierung

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die von eine/r Allgemeinarzt/ärztin bei ihrer Behandlung kontinuierlich begleitet werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die regelmäßig bei demselben/derselben Allgemeinarzt/ärztin oder derselben Praxis vorstellig sind.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungszeitraum nicht-spezifische Rückenschmerzen kodiert wurden.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Indikatorbeschreibung	***Anteil der Patient:innen mit unspezifischem Rückenschmerz, die von einem Allgemeinarzt bei ihrer Behandlung kontinuierlich begleitet werden.***
Zähler	***Anzahl der Patient:innen des Nenners, die regelmäßig denselben Allgemeinarzt besuchen und deren Überweisungsscheine von dem gleichem Allgemeinarzt ausgestellt werden.***
Nenner	***Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifischer Rückenschmerz (M54) kodiert wird.***

1. Welche Anzahl an Arztbesuchen schätzen Sie als angemessen ein im Beobachtungsjahr?

- ◯ in mindestens einem Quartal des Beobachtungsjahrs
- ◯ in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahrs
- ◯ in mindestens drei Quartalen des Beobachtungsjahrs
- ◯ in jedem Quartal des Beobachtungsjahrs

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

4. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Allgemeine Indikatoren - Indikator 1

Basierend auf dem Austausch beim Paneltreffen wurden vier indikationsübergreifende, allgemeinere Indikatoren aufgenommen.

Zu diesem Indikator
Neuer Indikator: Aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 wurde dieser Indikator als ein übergreifender Indikator aufgenommen. Zuvor war er ausschließlich im Bereich Rückenschmerz.

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation, eher gering

Indikatorinhalt basiert auf: Paneldiskussion

Beschreibung	**Anzahl der Leistungserbringenden, die an einer gleichen Leistung beteiligt sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die dasselbe Medikament oder dieselbe Prozedur von mehr als einem Leistungserbringer erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen im Beobachtungsjahr.** **Anmerkung: Dieser Indikator lässt sich auf unterschiedliche Grundpopulationen anwenden.**

Vorangegangene Version des Indikators in Runde 1

Beschreibung	**Anzahl der Leistungerbringer, die an einer gleichen Leistung beteiligt sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient:innen des Nenners, die dasselbe Medikament oder dieselbe Prozedur von mehr als einem Leistungserbringer erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient:innen bei denen im Beobachtungsjahr unspezifische Rückenschmerz (M54) kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Allgemeine Indikatoren - Indikator 2

Neuer Indikator aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation, eher geringer

Indikatorinhalt basiert auf: Paneldiskussion

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen, die bei verschiedenen Ärzt/innen der gleichen Fachrichtung im Beobachtungsjahr in Behandlung sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen, die im Beobachtungsjahr bei mindestens 2, 3 oder mehr (Abstufung) Ärzt/innen der selben Fachrichtung Abrechnungskontakte haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen im Beobachtungsjahr. Anmerkung: Dieser Indikator lässt sich auf unterschiedliche Grundpopulationen anwenden.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Allgemeine Indikatoren - Indikator 3

Neuer Indikator: Aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 wurde dieser Indikator als ein übergreifender Indikator aufgenommen

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation, eher gering

Indikatorinhalt basiert auf: Paneldiskussion

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen, mit Polymedikation.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen, die im Beobachtungsjahr fünf oder mehr Medikamente zeitgleich verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen im Beobachtungsjahr.** **Anmerkung: Dieser Indikator lässt sich auf unterschiedliche Grundpopulationen anwenden.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

neu Allgemeine Indikatoren - Indikator 4

Neuer Indikator: Aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 wurde dieser Indikator als ein übergreifender Indikator aufgenommen

Richtwert: Überblick, eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf: Paneldiskussion

Zusatzinfo, Abrechnung:
https://www.kbv.de/tools/ebm/html/01630_2902554820116862802208.html

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen, die mindestens drei Medikamente erhalten und einen Medikationsplan erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen ein Medikationsplan abgerechnet wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen die mindestens drei Medikamente zeitgleich verordnet bekommen und erhalten haben.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Ende der Befragung

Sie sind nun am Ende der Befragung angekommen.

Sollten Sie zum Beginn eines Erkrankungsbereiches nochmal zurück wollen, können Sie diesen hier wählen oder weiter zum Abschluss der Abstimmung gehen.

* 1. Sollten Sie zum Beginn eines Erkrankungsbereiches nochmal zurück wollen, können Sie diesen hier wählen oder weiter zum Abschluss der Abstimmung gehen.

- ◯ zurück zum Beginn von Herzinsuffizienz
- ◯ zurück zum Beginn von Myokardinfarkt
- ◯ zurück zum Beginn von Depression
- ◯ zurück zum Beginn von Rückenschmerz
- ◯ zurück zu den übergeordneten Indikatoren
- ◯ zurück zum Beginn
- ◯ Befragung abschließen

Abschluss

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre abgegebenen Einschätzungen.

Wir freuen uns auf den Austausch beim kommenden Expertenpanel!

1.

Umfrage abschließen

Es besteht die Möglichkeit Ihre Ergebnisse im Nachhinein zu verändern.

☐ Abschluss der Umfrage

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Einführung und Übersicht

Liebe Teilnehmenden des Expertenpanels im Projekt Pfad,

wir bedanken uns bereits ganz herzlich, dass Sie auch an der dritten Runde des Konsentierungsprozesses teilnehmen.

Aufbau des Fragebogens:
- fünf Indikatoren zu Myokardinfarkt
- sechs Indikatoren zu Depression
- 15 Indikatoren zu (nicht-spezifischem) Rückenschmerz
- drei indikationsübergreifende Indikatoren

Bitte beachten Sie:
Die in dieser Runde aufgeführten Indikatoren für die Bereiche Depression und Myokardinfarkt erhielten in der vorherigen Runde exakt 75% Zustimmung. Damit ein Indikator in das finale Indikatorenset aufgenommen wird, müssen mehr als 75% den Indikator als relevant (7,8,9) einschätzen.

Dazu eine Beispielrechnung: Ein Indikator gilt als relevant, sofern mehr als 75% der Teilnehmenden den Indikatorinhalt hinsichtlich der Versorgung (jeweils die erste Frage) als relevant einschätzen. Bei 12 abstimmenden Personen müssen demnach mindestens 10 Personen den Indikatorinhalt mit 7, 8 oder 9 (relevant) bewerten, damit der Indikator in das Indikatorenset aufgenommen wird.
An dieser Rechnung erkennen Sie, dass es auf jede einzelne Einschätzung von Ihnen ankommt.

Alle Indikatoren sind basierend auf Routinedaten des deutschen Gesundheitssystems abbildbar. Das Kriterium der Abbildbarkeit schließt die meisten Beratungsgespräche, Empfehlungen zur Selbsthilfe und weitere nicht über die Krankenkasse abrechenbare Leistungen aus.

Zur Einschätzung der Indikatoren:
Die Bewertungsskala ist 9-stufig. Eine Einschätzung als (eher) irrelevant geben Sie mit der Punktzahl 1-3 an, Unentschiedenheit mit der Punktzahl 4-6 und eine Einschätzung als (eher) relevant mit 7-9.

Organisatorisches:
Sie können Indikationsbereiche überspringen. Nutzen Sie gerne die Funktion, um insbesondere die Indikatoren der Erkrankung zu bewerten, in dessen Fachbereich Ihre Expertise liegt (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Depression, Rückenschmerz, übergreifende Indikatoren). Die Indikatoren sind je unterteilt in die Bereiche relevanter Prozess, Patientensicherheit (unerwünschtes Ereignis/Ergebnis), Kontinuität und Koordination.

Bei technischen und inhaltlichen Fragen, Unklarheiten und Unzufriedenheiten(!) beim Abstimmungsprozess melden Sie sich bitte bei Amelie Flothow (amelie.flothow@tum.de, 089-289-24467) oder Dr. Wiebke Schüttig (wiebke.schuettig@tum.de, 089-289-24676).

Es besteht die Möglichkeit, den Fragebogen zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzufahren. Nutzen Sie dazu den Link in der Email.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Herzinsuffizienz

Es werden keine Indikatoren zur Versorgung von Herzinsuffizienz in der dritten Runde abgestimmt.

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Myokardinfarkt

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von fünf Indikatoren zur Erkrankung Myokardinfarkt erfragt. Der Indikatorinhalt wurden in Runde 2 von exakt 75% der Stimmen als relevant hinsichtlich der Versorgung eingeschätzt.

Bitte beachten Sie bei der Beurteilung der Relevanz im Sinne der Versorgung folgendes: Ist für Sie die Information des Indikators hilfreich, um eine Versorgungssituation einzuschätzen bzw. um einen Überblick über die Versorgungsabläufe zu erhalten?

In Einzelfällen kann es jeweils gute Gründe geben, von den Indikatorinhalten abzuweichen (insbesondere bei Negativindikatoren). Da wir jedoch eine große Anzahl an Versicherten betrachten, bitten wir Sie die generelle, größtenteils gültige Relevanz der Indikatoren zu beurteilen.
Wichtige und häufig vorkommende Ausnahmen die zu beachten sind, können Sie gerne im Kommentarfeld angeben.

1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Ich möchte mit den Indikatoren zum Myokardinfarkt starten.
- ◯ Depression
- ◯ Rückenschmerz
- ◯ übergeordnete Indikatoren
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Myokardinfarkt - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Übergeordnet für alle Indikatoren:
1) Kritik Outcome Indikator: Da hier Indikatoren konsentiert werden, die auf Routinedaten abbildbar sein sollen, sind oft Ereignisse (Untersuchungen, AM, Prozeduren) Inhalt der Indikatoren, die objektiv messbar sind (kodiert). Dies schließt häufig patientenseitige Entscheidungen oder Angebote und Gespräche aus. Die Indikatoren sollen ein übergeordnetes Bild der Versorgungssituation abgeben.

2) Wie ist sind Indikatoren die Arzneimittel enthalten, die auch OTC sind messbar?
Antwort: Die Indikatoren beziehen sich nur auf die verordnet und eingelösten Arzneimittel. Auch bei frei verkäuflichen Arzneimitteln ist der Indikator darauf beschränkt.

Zu diesem Indikator:
Differenzierung zwischen instabiler und stabiler KHK? Alter des MI?
Antwort: Weitere Differenzierungen werden in den Analysen angestrebt. Die Abstimmung verfolgt das Ziel abzuschätzen, ob die Betrachtung des Indikatorinhalts relevant ist.

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
2) Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1908] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 14;42(19):1925] [published correction appears in Eur Heart J. 2021 May 13;:]. Eur Heart J. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575
3) Millett, C., Gray, J., Wall, M., & Majeed, A. (2009). Ethnic disparities in coronary heart disease management and pay for performance in the UK. Journal of general internal medicine, 24(1), 8–13. https://doi.org/10.1007/s11606-008-0832-5

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von oralen Betablockern im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr Betablocker verordnet bekommen und erhalten**

	haben.
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Myokardinfarkt - Indikator 10 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf Jneid H, Addison D, Bhatt DL, et al. 2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017;10(10):e000032. doi:10.1161/HCQ.0000000000000032

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit Verschreibung von Prasugrel bei Historie eines Schlaganfalls.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Prasugel bei Historie eines Schlaganfalls verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, mit Myokardinfarkt im Beobachtungsjahr und vorhergehendem Schlaganfall.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Myokardinfarkt - Indikator 15 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI). 2017.

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST Hebung ohne Herzinsuffizienz und Verordnung eines niedrigdosierten ASS, einem P2Y12-Inhibitor und hochintensiven Statin im Beobachtungsjahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr niedrigdosiertes ASS, ein P2Y12-Inhibitor und hochintensives Statin verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr ein Myokardinfarkt kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Myokardinfarkt - Indikator 20 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst hoch

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (NSTE-ACS). 2015.

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung und drug eluting stent (DES) im Folgejahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen mit PCI (perkutaner Koronarintervention) und drug eluting stent (DES) innerhalb des Folgejahrs nach dem Ereignis.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt mit ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Myokardinfarkt - Indikator 21 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. ESC Pocket Guidelines: Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI). 2017.

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung und drug eluting stent (DES) im Folgejahr.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen mit PCI (perkutaner Koronarintervention) und drug eluting stent (DES) innerhalb des Folgejahrs nach dem Ereignis.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen mit Myokardinfarkt ohne ST-Hebung im Beobachtungsjahr.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Depression

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von sechs Indikatoren zur Erkrankung Depression möglich. Der Indikatorinhalt wurden in Runde 2 von exakt 75% der Stimmen als relevant hinsichtlich der Versorgung eingeschätzt.

Bitte beachten Sie bei der Beurteilung der Relevanz im Sinne der Versorgung folgendes: Ist für Sie die Information des Indikators hilfreich, um eine Versorgungssituation einzuschätzen bzw. um einen Überblick über die Versorgungsabläufe zu erhalten?

In Einzelfällen kann es jeweils gute Gründe geben, von den Indikatorinhalten abzuweichen (insbesondere bei Negativindikatoren). Da wir jedoch eine große Anzahl an Versicherten betrachten, bitten wir Sie die generelle, größtenteils gültige Relevanz der Indikatoren zu beurteilen.
Wichtige und häufig vorkommende Ausnahmen die zu beachten sind, können Sie gerne im Kommentarfeld angeben.

1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Starten der Beurteilung: Indikatoren zu Depression
- ◯ weiter zu den Indikatoren zu Rückenschmerz
- ◯ weiter zu den übergeordneten Indikatoren
- ◯ zurück zum Beginn der Indikatoren zu Myokardinfarkt
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Depression - Indikator 1 - Relevanter Prozess

Übergeordnet für alle Indikatoren:
1. Unterscheidung des Schweregrads
Antwort: Die Indikatoren enthalten oft Unterscheidungen nach Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer). Indikatoren, die eine solche Unterscheidung nicht beinhalten beziehen sich zunächst auf alle Schweregrade. Eine Differenzierung ist im Nachhinein zur Interpretation der Ergebnisse möglich.

2. Kritik Outcome Indikator
Antwort: Da hier Indikatoren konsentiert werden, die auf Routinedaten abbildbar sein sollen, sind oft Ereignisse (Untersuchungen, AM, Prozeduren) Inhalt der Indikatoren, die objektiv messbar sind (kodierte Daten). Dies schließt häufig patientenseitige Entscheidungen oder Angebote und Gespräche aus. Die Indikatoren sollen ein übergeordnetes Bild der Versorgungssituation abgeben.

Zu diesem Indikator:
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation, eher hoch

Indikatorinhalt basiert auf Schubert I, Stelzer D, Siegel A, et al. Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal". Dtsch Arztebl Int. 2021;118(27-28):465-472. doi:10.3238/arztebl.m2021.0163

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr eine Psychotherapie zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Psychotherapie verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Depression - Indikator 2 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf:
1) DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000366. www.depression.versorgungsleitlinie.de
2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022 [cited: YYYY-MM-DD]. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit chronischer Depression, die im Beobachtungsjahr weder eine ausreichende Kombinationsbehandlung noch eine Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressiva) erhalten, aber eine vollstationäre Behandlung wegen der Diagnose erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die keine Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) (verordnet bekommen und) erhalten haben aber wegen der Indikation einen einen vollstationären Krankenhausaufenthalt haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr Depression anhaltend kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Depression - Indikator 6 - Relevanter Prozess

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher höher

Indikatorinhalt basiert auf National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. Published 2011.

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit mittelgradiger oder schwerer Depression, die eine Kombination aus Antidepressiva und entweder einer intensiven kognitiven Verhaltenstherapie oder einer interpersonelle Therapie erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet bekommen und erhalten haben sowie eine Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr mittelgradige oder schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Depression - Indikator 5 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher gering

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt ACD

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Depression, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Indikation haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt wegen der Indikation haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Depression - Indikator 2 - Kontinuität

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: eher hoch, Überblick über Versorgung (direkt nach Diagnosestellung)

Indikatorinhalt basiert auf dem Projekt ACD

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit schwerer Depression, die im Folgequartal der Erstdiagnosestellung (schwere Depression) bei eine/r Arzt/Ärztin im ambulanten Bereich vorstellig sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Folgequartal der Erstdiagnose einen ambulanten Abrechnungskontakt zu einer/einem Hausarzt/ärztin (FA für Allgemeinmedizin) oder einer/einem Psychiater (FA für Psychiatrie und Psychotherapie) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Depression - Indikator 3 - Kontinuität

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: eher hoch, Überblick über Versorgung (im Versorgungsablauf)

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Wiegand HF, Sievers C, Schillinger M, Godemann F. Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. J Affect Disord. 2016;189:246-253. doi:10.1016/j.jad.2015.09.013

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit schwerer oder psychotischer Depression oder schweren psychotischer Komorbidität, die im Beobachtungsjahr ambulant regelmäßigen Kontakt zu einem Arzt oder einer Ärztin hat.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die in mindestens in einem Quartal des Beobachtungsjahrs einen Abrechnungskontakt zu einer/einem Hausarzt/ärztin (FA für Allgemeinmedizin) oder einer/einem Psychiater/in (FA für Psychiatrie und Psychotherapie) haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr schwere Depression kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Kontinuität und Koordination bei der Versorgung</u> der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von 15 Indikatoren zur Erkrankung nicht-spezifischer Rückenschmerz (M54) erfragt. Die Indikatoreninhalte wurde von Ihnen, der Panelrunde, in Runde 2 mehrheitlich (mindestens 50% der Stimmen) als relevant eingeschätzt.

Bitte beachten Sie, dass es sich ausschließlich um Patient/innen mit der Diagnose nicht-spezifischer Rückenschmerz (M54) handelt und somit M54 der einzige Diagnosegrund ist, der den Indikatorinhalt begründet (sofern nicht explizit anders angegeben).

Bitte beachten Sie bei der Beurteilung der Relevanz im Sinne der Versorgung folgendes: Ist für Sie die Information des Indikators hilfreich, um eine Versorgungssituation einzuschätzen bzw. um einen Überblick über die Versorgungsabläufe zu erhalten?

In Einzelfällen kann es jeweils gute Gründe geben, von den Indikatorinhalten abzuweichen (insbesondere bei Negativindikatoren). Da wir jedoch eine große Anzahl an Versicherten betrachten, bitten wir Sie die generelle, größtenteils gültige Relevanz der Indikatoren zu beurteilen.
Wichtige und häufig vorkommende Ausnahmen die zu beachten sind, können Sie gerne im Kommentarfeld angeben.

* 1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Start der Beurteilung der Indikatoren zu Rückenschmerz
- ◯ weiter zu den übergeordneten Indikatoren
- ◯ zurück zum Beginn von Myokardinfarkt
- ◯ zurück zum Beginn von Depression
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 1 - Patientensicherheit

Im Folgenden werden 13 Indikatoren zur Patientensicherheit: unerwünschtes Ereignis/Ergebnis zu Beurteilung vorgestellt.

Patientensicherheit: Leistungen (Untersuchungen, Medikamentenverschreibungen, Arztbesuche, weitere) oder gesundheitliche Ereignisse, die im typischen Versorgungsablauf bzw. durch eine optimierte Versorgung eher zu vermeiden sind.

Zu diesem Indikator
Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung für Runde 3: Bei der/dem Patient/in liegt keine weitere erkennbare Indikaton für ein Röntgenbild vor.

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Arztbesuch mit der Diagnose nicht-spezifischer Rückenschmerz eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Besuch aufgrund der nicht-spezifischen Rückenschmerzen ein Röntgenbild der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr eine Neu-Kodierung von nicht-spezifischer Rückenschmerz stattfindet.**

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Arztbesuch mit der Diagnose eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.**

Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen bei ihrem ersten ambulanten Besuch aufgrund der Indikation ein Röntgenbild der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr eine Neu-Kodierung von nicht-spezifischer Rückenschmerz stattfindet.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 2 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-12]. DOI: 10.6101/AZQ/000377. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de.

Anmerkung für Runde 3: Bei der/dem Patient/in liegt keine weitere erkennbare Indikaton für ein Röntgenbild vor.

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Rate der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule ambulant erstellt wird.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, bei denen im Beobachtungsjahr mehr als einmal ambulant eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule durchgeführt wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Kontinuität und Koordination bei der Versorgung</u> der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 4 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering. Überblick über Versorgung: zu viel (erstmaliger Besuch)

Indikatorinhalt basiert auf Kreuzschmerzen. DEGAM-Leitlinie Nr. 3. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2003.

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit erstmaligen nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die eine Überweisung an einen Facharzt / eine Fachärztin erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im gleichen Quartal oder im Folgequartal der Erst-Kodierung eine Überweisung zu einem Facharzt / einer Fachärztin (FA für Orthopädie und Unfallchirurgie oder FA für Neurochirurgie) erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz neu-kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 6 (a) - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

Richtwert: eher gering

Indikatorinhalt basiert auf DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Anmerkung für Runde 3: Änderung der Beschreibung: verordnungsrelevante Komorbidität statt relevante Komorbidität

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischer Rückenschmerzen, die ohne verordnungsrelevante Komorbidität Antidepressiva zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wurden und die keine psychische Komorbidität kodiert haben.**

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischer Rückenschmerzen, die ohne relevante Komorbidität Antidepressiva zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Antidepressiva verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wurden und die keine psychische Komorbidität kodiert haben.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 7 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

<u>Richtwert</u>: kann; Überblick über Versorgung (Dauer und Überwachung der Medikation)

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf 1) DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022. 2) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung für Runde 3:
- Anpassung des Zählers: wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen statt wegen der Indikation
- Anpassung des Zählers: verordnungsrelevant statt relevant

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die Opioide zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Opioide wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen verordnet und erhalten haben und bei denen keine verordnungsrelevant Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die Opioide zur Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Opioide wegen der Indikation verordnet und erhalten haben und bei denen keine relevante Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 8 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

Richtwert: kann; Überblick über Versorgung (Dauer und Überwachung der Medikation)

Indikatorinhalt basiert auf DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung für Runde 3:
- Anpassung des Zählers: wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen statt wegen der Indikation
- Anpassung des Zählers: verordnungsrelevant statt relevant

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die eine Opoidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine Opioidanalgetika-Therapie wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen in mehr als drei Quartalen in Folge verordnet und erhalten haben und bei denen keine verordnungsrelevante Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die eine Opoidanalgetika-Therapie für mehr als 12 Wochen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine Opioidanalgetika-Therapie wegen der Indikation in mehr als drei Quartalen in Folge verordnet und erhalten haben und bei denen keine relevante Komorbidität vorliegt.**
	Anzahl der Patient/innen, bei denen im

Nenner	**Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 9 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 20221213]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung für Runde 3: Anpassung des Zählers: verordnungsrelevant statt relevant

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten oder subakuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die transdermale Opioide erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die transdermale Opioide verordnet und erhalten haben und bei denen keine verordnungsrelevante Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz akut oder subakut kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten oder subakuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die transdermale Opioide erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die transdermale Opioide verordnet und erhalten haben und bei denen keine relevante Komorbidität vorliegt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz akut oder subakut kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 11 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

<u>Richtwert</u>: möglichst niedrige wirksame Dosis, eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie
Kreuzschmerz – Langfassung. Version 1.X. 2010 [cited: 13.12.2022]. Available from:
http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz

Anmerkung für Runde 3:
- Anpassung der Beschreibung: Dauermedikation von Schmerzmittel
- Anpassung des Zählers: Ergänzung um Psychologische Psychotherapeuten

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz mit Dauermedikation von Schmerzmittel ohne weitere Therapieansätze durch weitere Fachgruppen.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die über zwei Quartalen in Folge Medikation verordnet bekommen und erhalten haben und keine Überweisung an Fachärzte (Orthopädie und Unfallchirurgie oder Rehabilitative Medizin oder Physiotherapie oder Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapeuten) verordnet und in Anspruch genommen wird.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz mit Dauermedikation ohne weitere Therapieansätze durch weitere Fachgruppen.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die über zwei Quartalen in Folge Medikation in Anspruch nehmen und keine Überweisung an Fachärzte (Orthopädie und Unfallchirurgie**

	und/oder Psychotherapie oder Rehabilitative Medizin oder Physiotherapie) verordnet und erhalten haben.
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 12 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung nach Runde 2: Ergänzung in Beschreibung und Zähler: ohne verordnungsrelevante Komorbidität

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz ohne verordnungsrelevante Komorbidität, die Glukokortikoide und Mischinfusionen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners ohne verordnungsrelevante Komorbidität, die Glukokortikoide und Mischinfusionen verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die Glukokortikoide und Mischinfusionen erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die Glukokortikoide und Mischinfusionen verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 13 (a) - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und nach Runde 2

Richtwert: Versorgungsübersicht, kann

Indikatorinhalt basiert auf Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung nach Runde 2: Aufteilung des Indikators 13 - Patientensicherheit in 13 (a) und 13 (b). Aufgrund der unterschiedlichen Stärke in der Kontraindikation werden die Behandlung von COX-2 und NSAR in separaten Indikatoren angegeben.

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und COX-2 als Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die COX-2 Hemmer verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und COX-2 oder NSAR als Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die COX-2 Hemmer oder NSAR verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 13 (b) - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und nach Runde 2

Richtwert: Versorgungsübersicht, kann

Indikatorinhalt basiert auf Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung nach Runde 2: Aufteilung des Indikators 13 - Patientensicherheit in 13 (a) und 13 (b). Aufgrund der unterschiedlichen Stärke in der Kontraindikation werden die Behandlung von COX-2 und NSAR in separaten Indikatoren angegeben.

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und NSAR als Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die NSAR verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die kardiovaskuläre Risiken haben und COX-2 oder NSAR als Behandlung erhalten.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die COX-2 oder NSAR verordnet und erhalten haben und gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 15 – Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: tendenziell eher niedrig

Im Detail:
Richtwert: Kältetherapie (eher gering);
Richtwert: Traktion mit Gerät (gering);
Richtwert: PENS (möglichst gering);
Richtwert: Massage (akut: möglichst gering);
Richtwert: Interferenzstromtherapie (möglichst gering);
Richtwert: Kinesio-Taping (möglichst gering);
Richtwert: TENS (akut: möglichst gering);
Richtwert: Therapeutischer Ultraschall (möglichst gering);
Richtwert: Ergotherapie (möglichst gering);
Richtwert: Orthesen/Schuheinlagen (eher gering - DMP)

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.
2) DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akuten nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die die Behandlung erhalten. Hinweis: die Behandlung wird im Folgenden spezifiziert.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die die ausgewählte Behandlung verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz akut kodiert wird.**

1. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Muskelrelaxanzien** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Traktion mit Gerät** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Kältetherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Massage** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

7. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Kinesiotaping** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

8. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Akupunktur** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

9. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Ergotherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

10. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **therapeutischer Ultraschall** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

11. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Interferenzstromtherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Rückenschmerz - Indikator 16 – Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

<u>Richtwert</u>: tendenziell eher niedrig

Im Detail:
Richtwert: PENS (möglichst gering);
Richtwert: Interferenzstromtherapie (möglichst gering);
Richtwert: Kinesio-Taping (möglichst gering);
Richtwert: TENS (chronisch: eher gering);
Richtwert: Orthesen/Schuheinlagen (eher gering - DMP)

<u>Indikatorinhalt</u> modifiziert basierend auf:
1) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.
2) DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit anhaltenden nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die die Behandlung erhalten. Hinweis: die Behandlung wird im Folgenden spezifiziert.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die die Behandlung erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz anhaltend kodiert wird.**

1. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Muskelrelaxanzien** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **perkutante elektrische Nervenstimulation (PENS)** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

4. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Kinesiotaping** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

5. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Interferenzstromtherapie** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

6. Wie schätzen Sie die Relevanz der Information zu der Behandlung: **Orthesen oder/und Schuheinlagen** ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Rückenschmerz - Indikator 17 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Kurzfassung, 2. Auflage. Version 1. 2017 [cited: 2022-12-13]. DOI: 10.6101/AZQ/000377.

Anmerkung nach Runde 2:
- Anpassung des Zählers: nicht-spezifischer Rückenschmerz als Hauptdiagnose
- Anpassung des Zählers: operativer Eingriff aufgrund der nicht-spezifischen Rückenschmerzen

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die auf Grund der Diagnose operativ behandelt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen im Nenner, die einen geplanten (Einweisung im KH: nicht Notfall) KH-Aufenthalt mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen als Hauptdiagnose haben und einen operativen Eingriff aufgrund der nicht-spezifischen Rückenschmerzen.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die auf Grund der Diagnose operativ behandelt werden.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen im Nenner, die einen geplanten (Einweisung im KH: nicht Notfall) KH-Aufenthalt mit Rückenschmerzen als Hauptdiagnosehaben und einem operativem Eingriff.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 18 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt modifiziert basierend auf DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL. 2022.

Anmerkung nach Runde 2: Beschreibung und Zähler: Krankenhausaufenthalt wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die eine ungeplante vollstationäre Behandlung wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine ungeplante vollstationäre Behandlung (vollstationärer Aufenthalt mit Aufnahmeanlass Notfall) mit der Einweisungsdiagnose nicht-spezifischer Rückenschmerz haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifische Rückenschmerz kodiert wird.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen, die eine ungeplante vollstationäre Behandlung haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine ungeplante vollstationäre Behandlung (vollstationärer Aufenthalt mit Aufnahmeanlass Notfall) und eine indikationsbezogene Einweisungsdiagnose haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifische Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Rückenschmerz - Indikator 19 - Patientensicherheit

Änderung des Indikators aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf Indikatoren im Projekt ACD.

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischem Rückenschmerz, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt, bedingt durch die Diagnose, haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die im Beobachtungsjahr mindestens einen vollstationären Krankenhausaufenthalt aufgrund der Diagnose haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Rückenschmerz - Indikator 21 - Patientensicherheit

<u>Änderung des Indikators</u> aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 und Runde 2

<u>Richtwert</u>: möglichst gering

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren. Ergebnisse des Projektes „AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen". 2009.

Anmerkung nach Runde 2: Anpassung der Beschreibung und des Zählers: wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen statt wegen der Indikation

Angepasste Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akutem nicht-spezifischem Rückenschmerz, die wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von über 14 Tagen im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, deren Arbeitsunfähigkeitsdauer wegen der nicht-spezifischen Rückenschmerzen in den vergangenen vier Quartalen mehr als 14 Tage beträgt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungszeitraum nicht-spezifische Kreuzschmerzen akut kodiert wurden.**

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit akutem nicht-spezifischem Rückenschmerz, die wegen der Indikation eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von über 14 Tagen im Beobachtungsjahr haben.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, deren Arbeitsunfähigkeitsdauer wegen der Indikation in den vergangenen vier Quartalen mehr als 14 Tage beträgt.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungszeitraum nicht-spezifische Kreuzschmerzen akut kodiert wurden.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

neu Rückenschmerz - Indikator 22 - Patientensicherheit

Richtwert: möglichst gering

Indikatorinhalt basiert auf dem Paneltreffen.

Formulierung Runde 3

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit nicht-spezifischer Rückenschmerz mit AU-Zeit oder Berentung ohne weitere Therapieansätze durch weitere Fachgruppen oder Interaktion.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die eine lange AU-Zeit oder Berentung und keine Überweisung an Fachärzte (Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Psychotherapie oder Rehabilitative Medizin oder Physiotherapie) verordnet und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen, bei denen im Beobachtungsjahr nicht-spezifischer Rückenschmerz kodiert wird.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Allgemeine Indikatoren

Im Folgenden ist die Bewertung und Einschätzung von drei indikationsübergreifenden Indikatoren möglich.

Bitte beachten Sie bei der Beurteilung der Relevanz im Sinne der Versorgung folgendes: Ist für Sie die Information des Indikators hilfreich, um eine Versorgungssituation einzuschätzen bzw. um einen Überblick über die Versorgungsabläufe zu erhalten?

In Einzelfällen kann es jeweils gute Gründe geben, von den Indikatorinhalten abzuweichen (insbesondere bei Negativindikatoren). Da wir jedoch eine große Anzahl an Versicherten betrachten, bitten wir Sie die generelle, größtenteils gültige Relevanz der Indikatoren zu beurteilen.
Wichtige und häufig vorkommende Ausnahmen die zu beachten sind, können Sie gerne im Kommentarfeld angeben.

1. Um diese Erkrankung zu überspringen, können Sie zu den Indikatoren einer der folgenden Erkrankungen wechseln.

Hinweis: Wir bitten Sie die Indikatoren der Erkrankungen zu beurteilen, in dessen Fachbereich Ihre praktischen Erfahrungen liegen, in deren Bereich Ihre Ausbildung liegt oder in dem Sie sich Ihrer eigenen Einschätzung nach gut auskennen.

- ◯ Ich möchte mit den indikationsübergreifenden Indikatoren starten.
- ◯ zurück zum Beginn von Myokardinfarkt
- ◯ zurück zum Beginn von Depression
- ◯ zurück zum Beginn von Rückenschmerz
- ◯ weiter zum Ende der Befragung
- ◯ zurück zum Beginn

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Allgemeine Indikatoren - Indikator 1

Zu diesem Indikator

<u>Neuer Indikator:</u> Aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 wurde dieser Indikator als ein übergreifender Indikator aufgenommen. Zuvor war er ausschließlich im Bereich Rückenschmerz.

<u>Richtwert</u>: Überblick über Versorgungssituation, eher gering

<u>Indikatorinhalt</u> basiert auf: Paneldiskussion

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anzahl der Leistungserbringenden, die an einer gleichen Leistung beteiligt sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen des Nenners, die dasselbe Medikament oder dieselbe Prozedur von mehr als einem Leistungserbringer erhalten.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen im Beobachtungsjahr.** **Anmerkung: Dieser Indikator lässt sich auf unterschiedliche Grundpopulationen anwenden.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Versorgung</u> von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der <u>Kontinuität und Koordination bei der Versorgung</u> der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Allgemeine Indikatoren - Indikator 2

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation, eher geringer

Indikatorinhalt basiert auf: Paneldiskussion

Anmerkung in Runde 3: Vertretungen z.B. Urlaubsvertretungen lassen sich anhand des Vertretungsscheins erkennen

Formulierung in Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen, die bei verschiedenen Ärzt/innen der gleichen Fachrichtung im Beobachtungsjahr in Behandlung sind.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen, die im Beobachtungsjahr bei mindestens 2, 3 oder mehr (Abstufung) Ärzt/innen der selben Fachrichtung Abrechnungskontakte haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen im Beobachtungsjahr. Anmerkung: Dieser Indikator lässt sich auf unterschiedliche Grundpopulationen anwenden.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ◯ Ja
- ◯ Nein
- ◯ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Expertenpanel im Projekt Pfad (R3)

Allgemeine Indikatoren - Indikator 3

Aufgrund der Paneldiskussion und der Kommentare in Runde 1 wurde dieser Indikator als ein übergreifender Indikator aufgenommen.

Richtwert: Überblick über Versorgungssituation, eher gering

Indikatorinhalt basiert auf: Paneldiskussion

Formulierung Runde 2

Beschreibung	**Anteil der Patient/innen mit Polymedikation.**
Zähler	**Anzahl der Patient/innen, die im Beobachtungsjahr fünf oder mehr Medikamente zeitgleich verordnet bekommen und erhalten haben.**
Nenner	**Anzahl der Patient/innen im Beobachtungsjahr.** **Anmerkung: Dieser Indikator lässt sich auf unterschiedliche Grundpopulationen anwenden.**

1. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Versorgung von betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

2. Wie relevant schätzen Sie die Informationen des Indikators hinsichtlich der Kontinuität und Koordination bei der Versorgung der betroffenen Patient:innen ein?

(1) sehr irrelevant				(5) unentschieden				(9) sehr relevant	k. A.
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Ist die Formulierung des Indikators für Sie klar verständlich und ist die Bedeutung des Indikators eindeutig?

- ○ Ja
- ○ Nein
- ○ k.A.

Inhaltliche Ergänzung bzw. Kommentar

Ende der Befragung

Sie sind nun am Ende der Befragung angekommen.

Sollten Sie zum Beginn eines Erkrankungsbereiches nochmal zurück wollen, können Sie diesen hier wählen oder weiter zum Abschluss der Abstimmung gehen.

* 1. Sollten Sie zum Beginn eines Erkrankungsbereiches nochmal zurück wollen, können Sie diesen hier wählen oder weiter zum Abschluss der Abstimmung gehen.

- ◯ zurück zum Beginn von Myokardinfarkt
- ◯ zurück zum Beginn von Depression
- ◯ zurück zum Beginn von Rückenschmerz
- ◯ zurück zu den übergeordneten Indikatoren
- ◯ zurück zum Beginn
- ◯ Befragung abschließen

Abschluss

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre abgegebenen Einschätzungen.

Wir melden uns nach Abschluss der Befragung mit weiteren Informationen.

1.

Umfrage abschließen

Es besteht die Möglichkeit Ihre Ergebnisse im Nachhinein zu verändern.

☐ Abschluss der Umfrage

Ergebnisse der Onlinebefragung zur Inanspruchnahme Ihrer Versorgung

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Versorgungssituation ein? Was sind Ihre Erwartungen an Ärztinnen und Ärzte bei Ihrer Behandlung? Ist Ihnen eine regelmäßige Betreuung durch eine feste Arztpraxis wichtig? Das möchte die TK in einem Forschungsprojekt mit der Technischen Universität München und der Universität Düsseldorf herausfinden. Die Wahl von Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsversorgern ist in Deutschland den Patientinnen und Patienten meist selbst überlassen. Während manche die Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten positiv empfinden, wünschen sich andere mehr Unterstützung bei der Wahl von Versorgenden. Somit kommt es zu sehr individuellen Behandlungsabfolgen, sowohl bei alltäglichen Erkrankungen wie einer Grippe als auch bei chronischen Erkrankungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Vielen Dank, dass Sie sich ungefähr 30 Minuten Zeit nehmen, um an der Befragung teilzunehmen!

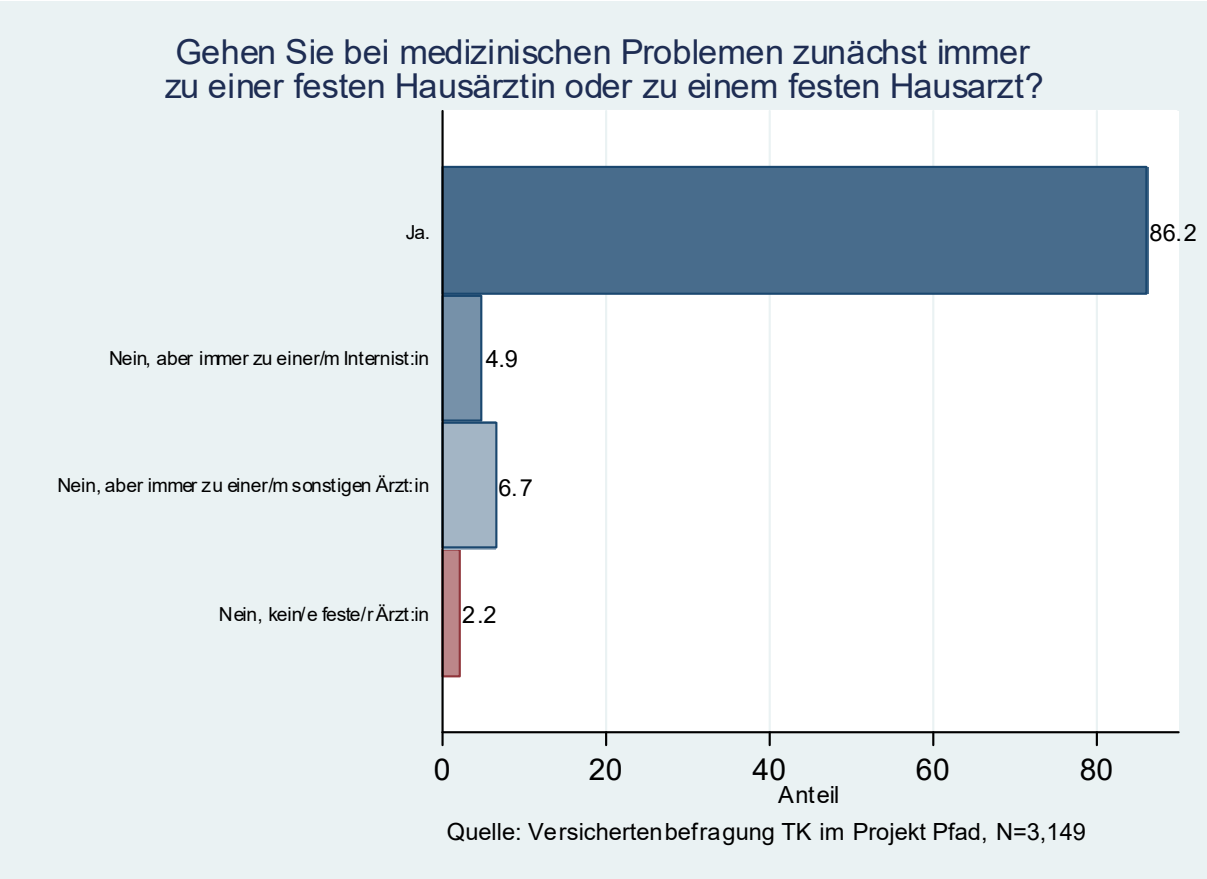
Ansprechpersonen in der Versorgung

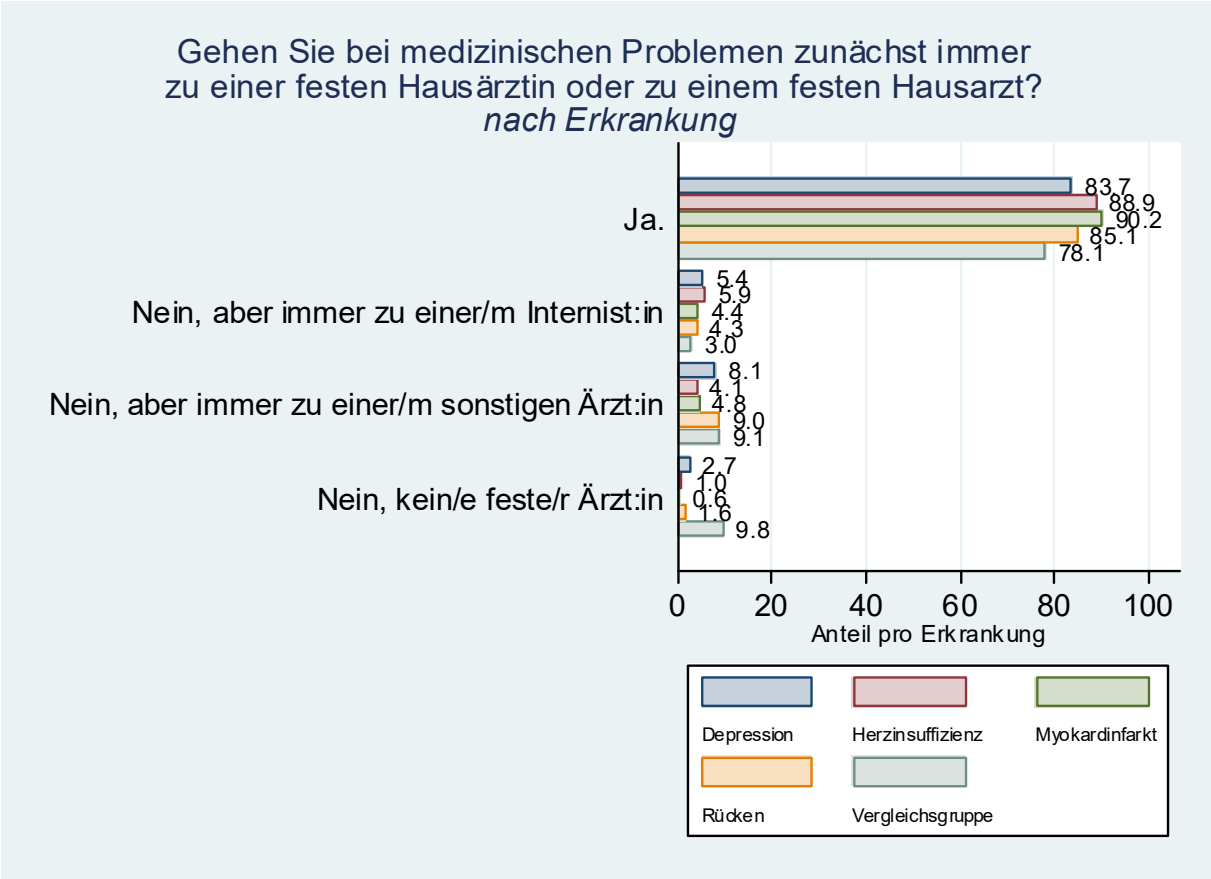
Eine ärztliche Ansprechperson kann eine Ärztin oder Arzt sein, den/die Sie regelmäßig zu allgemeinen Gesundheitsproblemen befragen oder konsultieren, beispielsweise eine Hausärztin oder ein Hausarzt, eine Allgemeinmedizinerin oder ein Allgemeinmediziner oder ein/e hausärztliche/r Internistin/Internist.

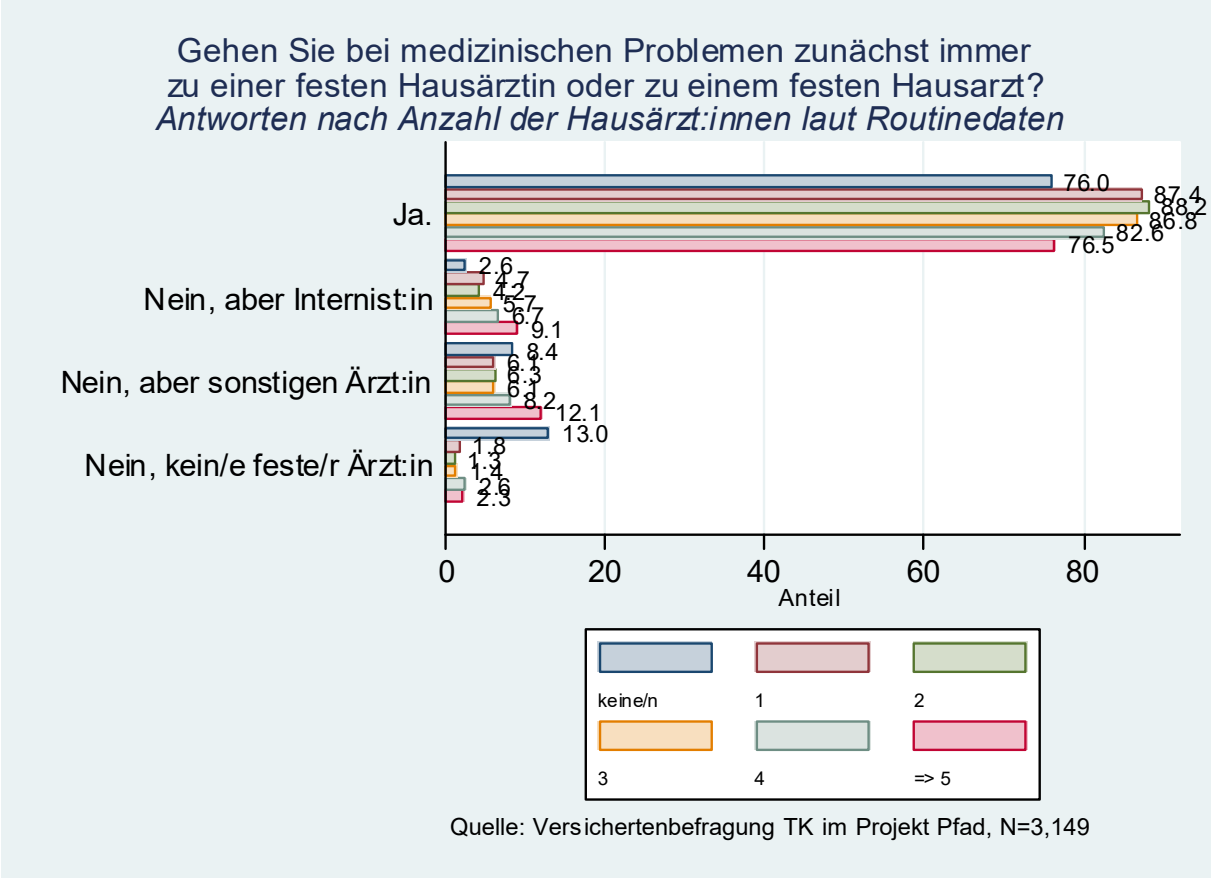
Frage 1:

Gehen Sie bei medizinischen Problemen zunächst immer zu einer festen Hausärztin oder zu einem festen Hausarzt?

- ☐ Ja.
- ☐ Nein, aber ich gehe immer zu einer (hausärztlichen) Internistin oder einem (hausärztlichen) Internisten.
- ☐ Nein, aber ich gehe immer zu einer sonstigen Ärztin oder einem sonstigen Arzt.
- ☐ Nein, ich habe keine (feste) Ärztin oder keinen (festen) Arzt.

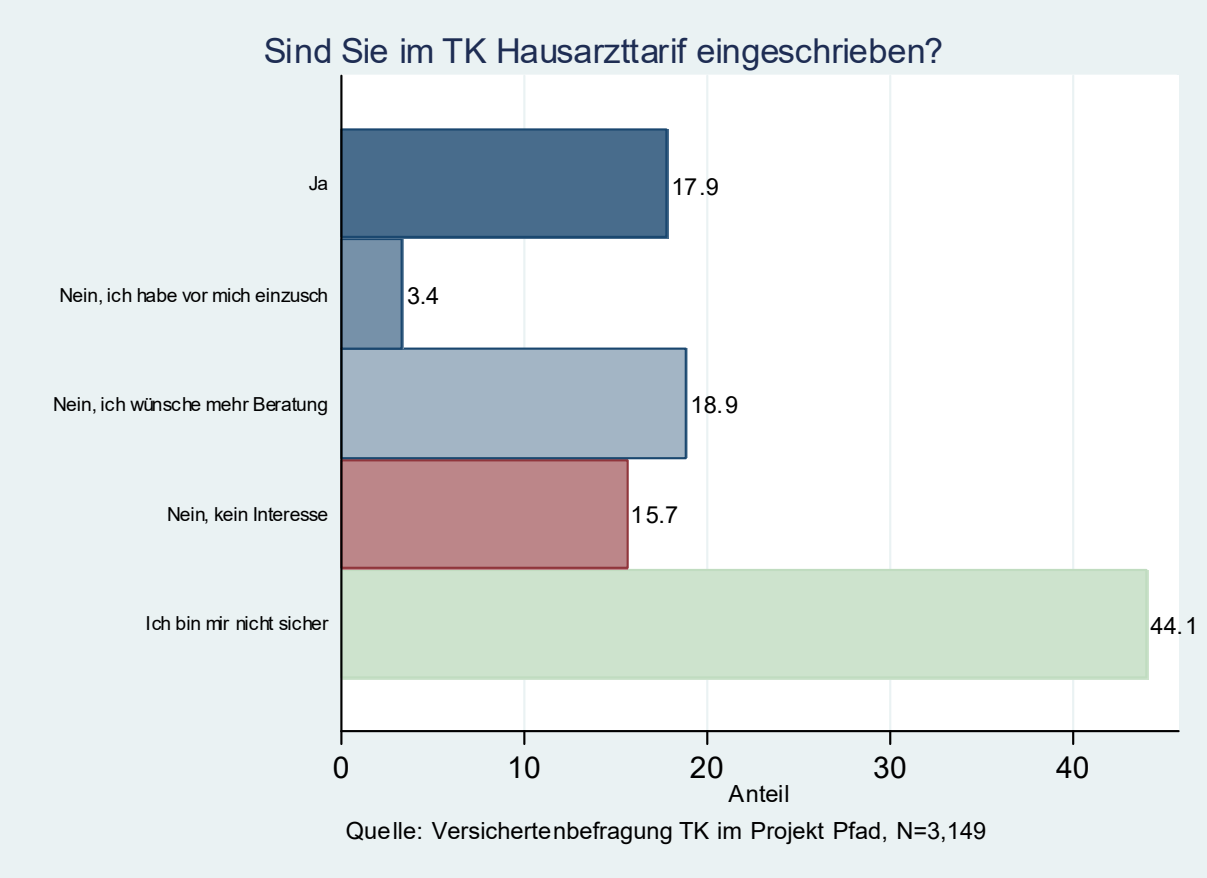


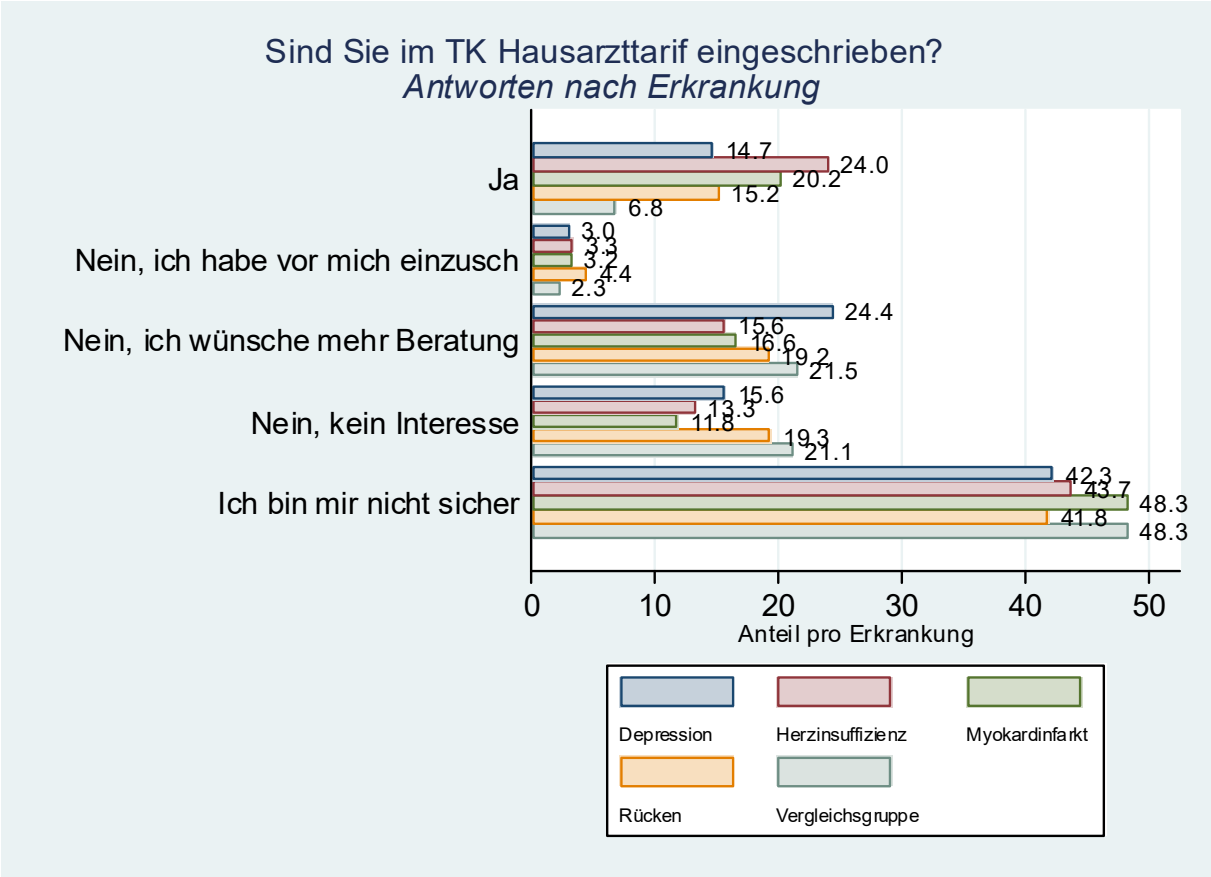

Gehen Sie bei medizinischen Problemen zunächst immer
zu einer festen Hausärztin oder zu einem festen Hausarzt?
nach Erkrankung
Ja.
Nein, aber immer zu einer/m Internist:in
Nein, aber immer zu einer/m sonstigen Ärzt:in
Nein, kein/e feste/r Ärzt:in
83.7
88.9
90.2
85.1
78.1
5.4
5.9
4.4
4.3
3.0
8.1
4.1
4.8
9.0
9.1
2.7
1.0
0.6
1.6
9.8
0
20
40
60
80
100
Anteil pro Erkrankung
Depression
Herzinsuffizienz
Myokardinfarkt
Rücken
Vergleichsgruppe

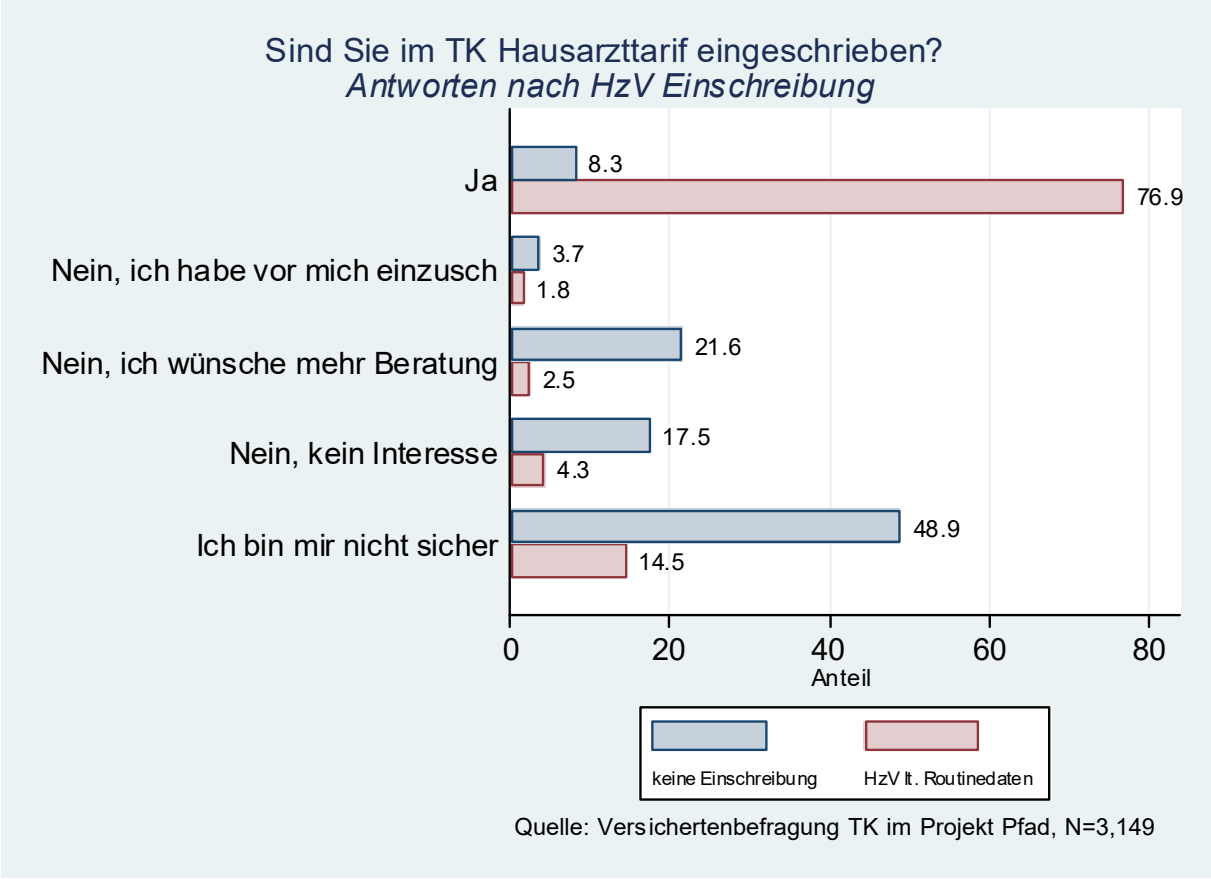

Gehen Sie bei medizinischen Problemen zunächst immer
zu einer festen Hausärztin oder zu einem festen Hausarzt?
Antworten nach Anzahl der Hausärzt:innen laut Routinedaten
Ja.
Nein, aber Internist:in
Nein, aber sonstigen Ärzt:in
Nein, kein/e feste/r Ärzt:in
76.0
87.4
88.2
86.8
82.6
76.5
2.6
4.7
4.2
5.7
6.7
9.1
8.4
6.1
6.3
6.1
8.2
12.1
13.0
1.8
1.3
1.4
2.6
2.3
0
20
40
60
80
Anteil
keine/n
1
2
3
4
=> 5
Quelle: Versichertenbefragung TK im Projekt Pfad, N=3,149

Frage 2:
Sind Sie im TK-Hausarzttarif eingeschrieben?

- ☐ Ja.
- ☐ Nein, ich habe vor mich zeitnah einzuschreiben.
- ☐ Nein, ich habe aktuell kein Interesse daran.
- ☐ Nein, ich wünsche mir (mehr) Beratung dazu.
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.



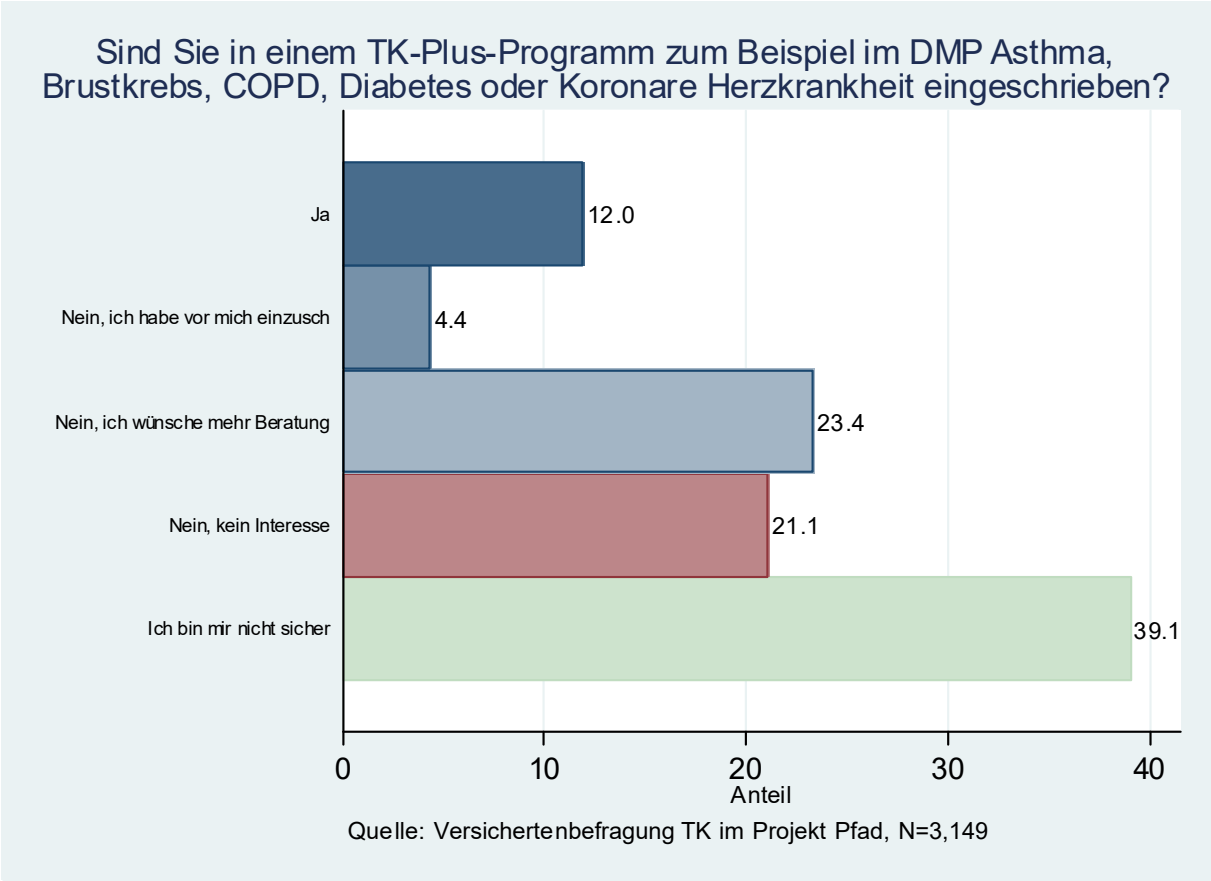

Sind Sie im TK Hausarzttarif eingeschrieben?
Antworten nach Erkrankung
Ja
Nein, ich habe vor mich einzusch
Nein, ich wünsche mehr Beratung
Nein, kein Interesse
Ich bin mir nicht sicher
14.7
24.0
20.2
15.2
6.8
3.0
3.3
3.2
4.4
2.3
24.4
15.6
16.6
19.2
21.5
15.6
13.3
11.8
19.3
21.1
42.3
43.7
48.3
41.8
48.3
0
10
20
30
40
50
Anteil pro Erkrankung
Depression
Herzinsuffizienz
Myokardinfarkt
Rücken
Vergleichsgruppe

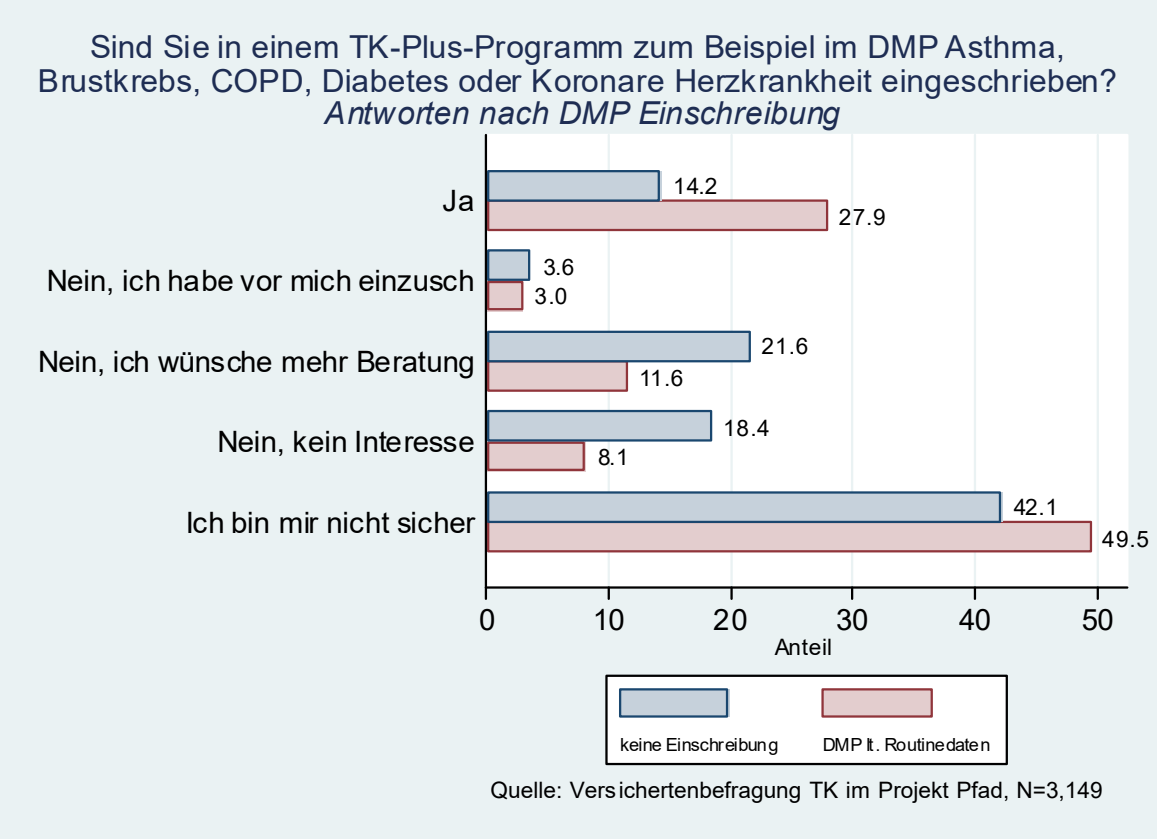

Sind Sie im TK Hausarzttarif eingeschrieben?
Antworten nach HzV Einschreibung
Ja
Nein, ich habe vor mich einzusch
Nein, ich wünsche mehr Beratung
Nein, kein Interesse
Ich bin mir nicht sicher
8.3
76.9
3.7
1.8
21.6
2.5
17.5
4.3
48.9
14.5
0
20
40
60
80
Anteil
keine Einschreibung
HzV lt. Routinedaten
Quelle: Versichertenbefragung TK im Projekt Pfad, N=3,149

Frage 3:

Sind Sie in einem TK-Plus-Programm zum Beispiel im DMP Asthma, Brustkrebs, COPD, Diabetes oder Koronare Herzkrankheit eingeschrieben?
Information: DMP - Behandlungsprogramme für chronisch Kranke

- ☐ Ja.
- ☐ Nein, ich habe vor mich zeitnah einzuschreiben.
- ☐ Nein, ich habe aktuell kein Interesse daran.
- ☐ Nein, ich wünsche mir (mehr) Beratung dazu.
- ☐ Nein, ich habe keine der genannten Erkrankungen.
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.



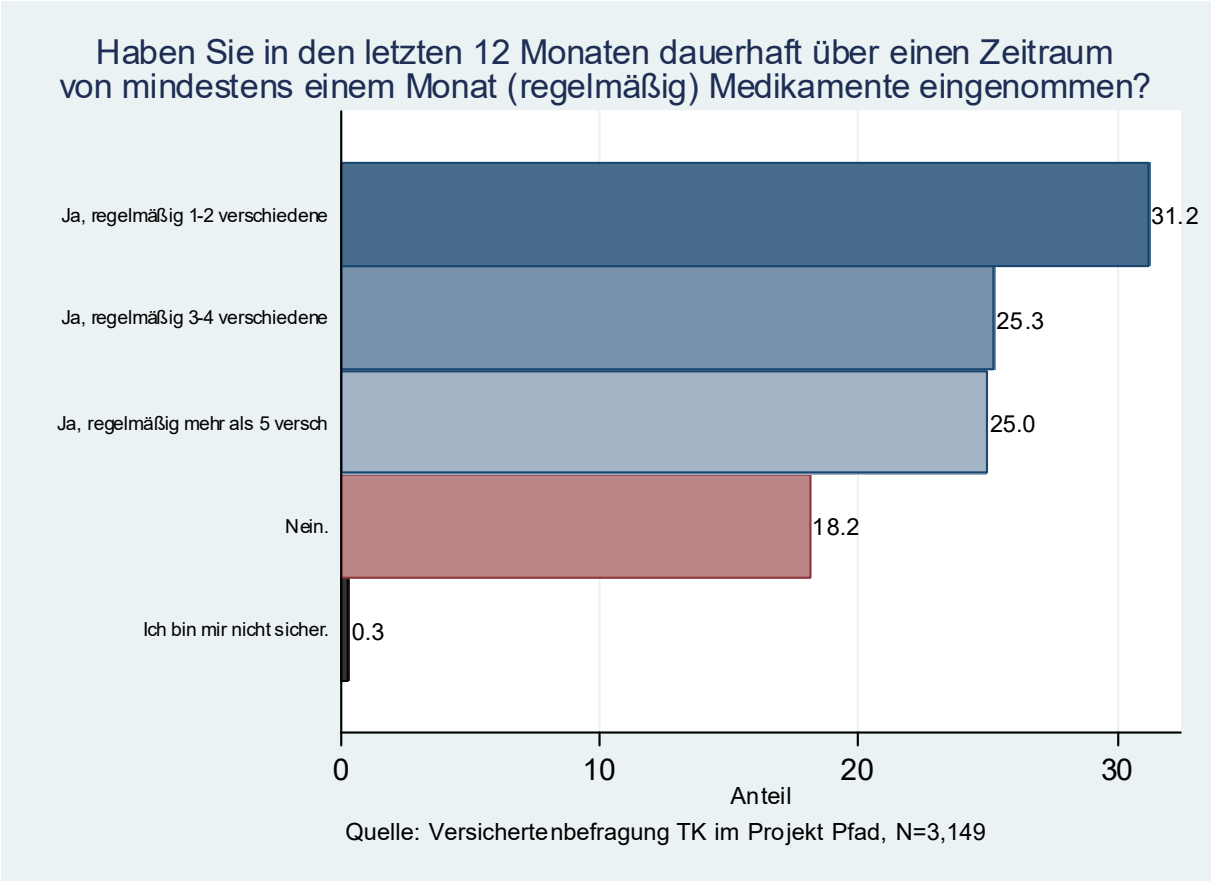

Sind Sie in einem TK-Plus-Programm zum Beispiel im DMP Asthma, Brustkrebs, COPD, Diabetes oder Koronare Herzkrankheit eingeschrieben?
Antworten nach DMP Einschreibung
Ja
14.2
27.9
Nein, ich habe vor mich einzusch
3.6
3.0
Nein, ich wünsche mehr Beratung
21.6
11.6
Nein, kein Interesse
18.4
8.1
Ich bin mir nicht sicher
42.1
49.5
0
10
20
30
40
50
Anteil
keine Einschreibung
DMP lt. Routinedaten
Quelle: Versichertenbefragung TK im Projekt Pfad, N=3,149

Fragen zur Medikamentenversorgung

Frage 4:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten dauerhaft über einen Zeitraum von mindestens einem Monat (regelmäßig) Medikamente eingenommen?

- ☐ Ja, regelmäßig 1-2 verschiedene Medikamente.
- ☐ Ja, regelmäßig 3-4 verschiedene Medikamente.
- ☐ Ja, regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente.
- ☐ Nein. Ich bin mir nicht sicher.

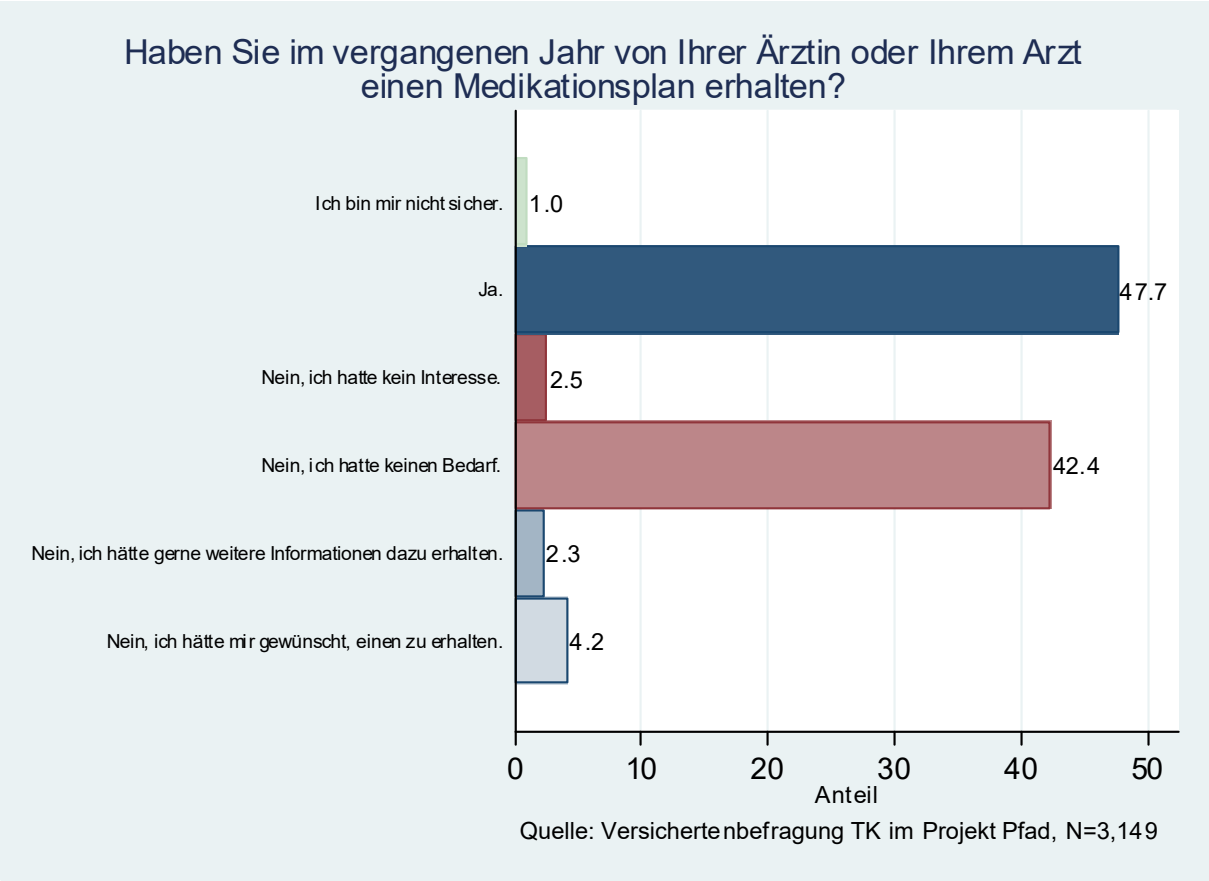


Frage 5:

Haben Sie im vergangenen Jahr von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt einen Medikationsplan erhalten?

Hinweis: Ein Medikationsplan ist ein ausgedrucktes oder digitales Dokument, das in einer Tabelle Informationen zur Medikamenteneinnahme enthält.

- ☐ Ja.
- ☐ Nein, ich hätte mir gewünscht, einen zu erhalten.
- ☐ Nein, ich hätte gerne weitere Informationen dazu erhalten.
- ☐ Nein, ich hatte keinen Bedarf.
- ☐ Nein, ich hatte kein Interesse.
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.



Ärztliche Versorgung

Im Folgenden sind zwei Aussagen angegeben, die jeweils zwei sehr entgegengesetzte Präferenzen zur eigenen Gesundheitsversorgung beschreiben. Bitte geben Sie an, wo Sie sich auf der Skala zwischen den beiden Aussagen einstufen würden (Skala in 5 Abstufungen).

Hinweis: Eine ärztliche Ansprechperson ist beispielsweise eine Hausärztin / ein Hausarzt oder eine ärztliche Fachperson an die Sie sich bei gesundheitlichen Fragen und Problemen regelmäßig wenden.

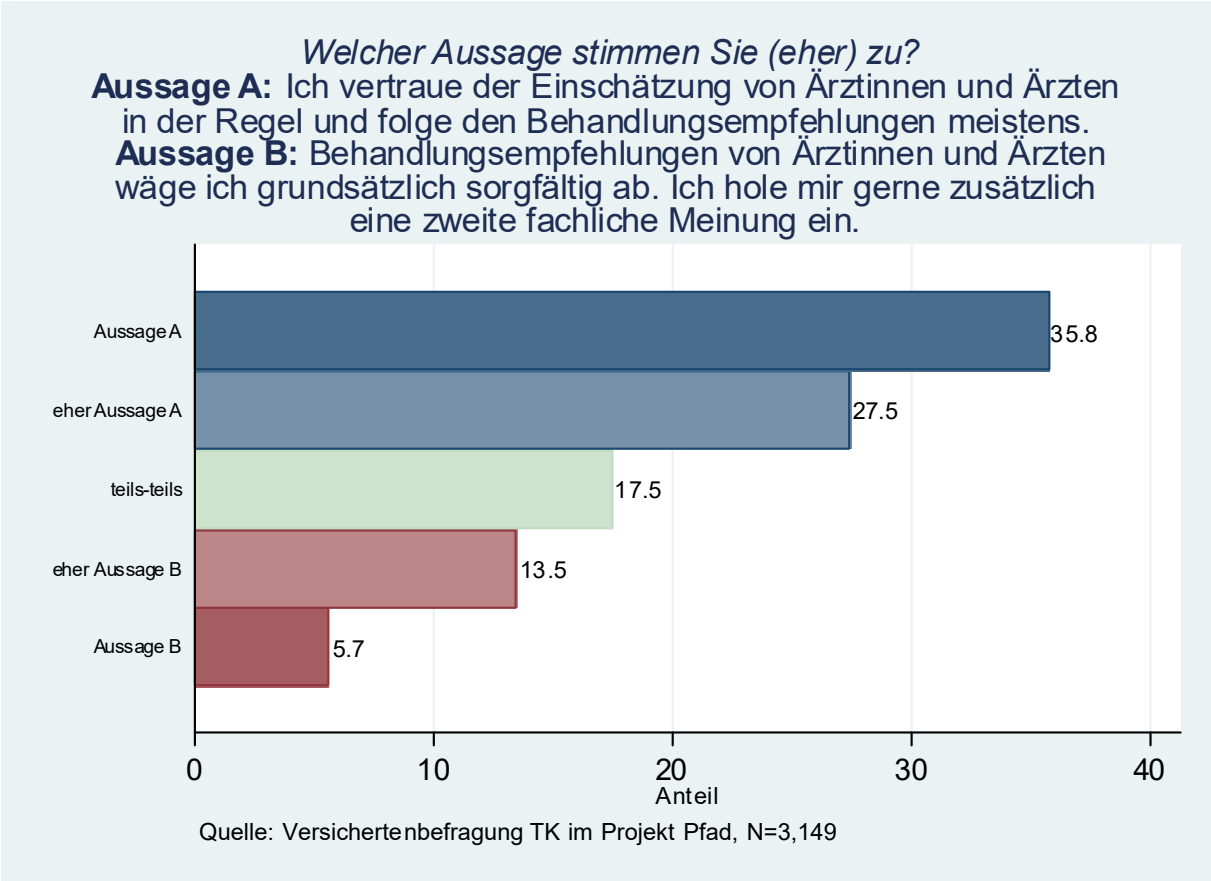
Frage 6a:

Aussage A:
Ich vertraue der Einschätzung von Ärztinnen und Ärzten in der Regel und folge den Behandlungsempfehlungen meistens.

Aussage B:
Behandlungsempfehlungen von Ärztinnen und Ärzten wäge ich grundsätzlich sorgfältig ab. Ich hole mir gerne zusätzlich eine zweite fachliche Meinung ein.

Welcher der Aussagen stimmen Sie (eher) zu?

Aussage A	*stimme A eher zu*	*teils – teils*	*stimme B eher zu*	*Aussage B*
☐	☐	☐	☐	☐



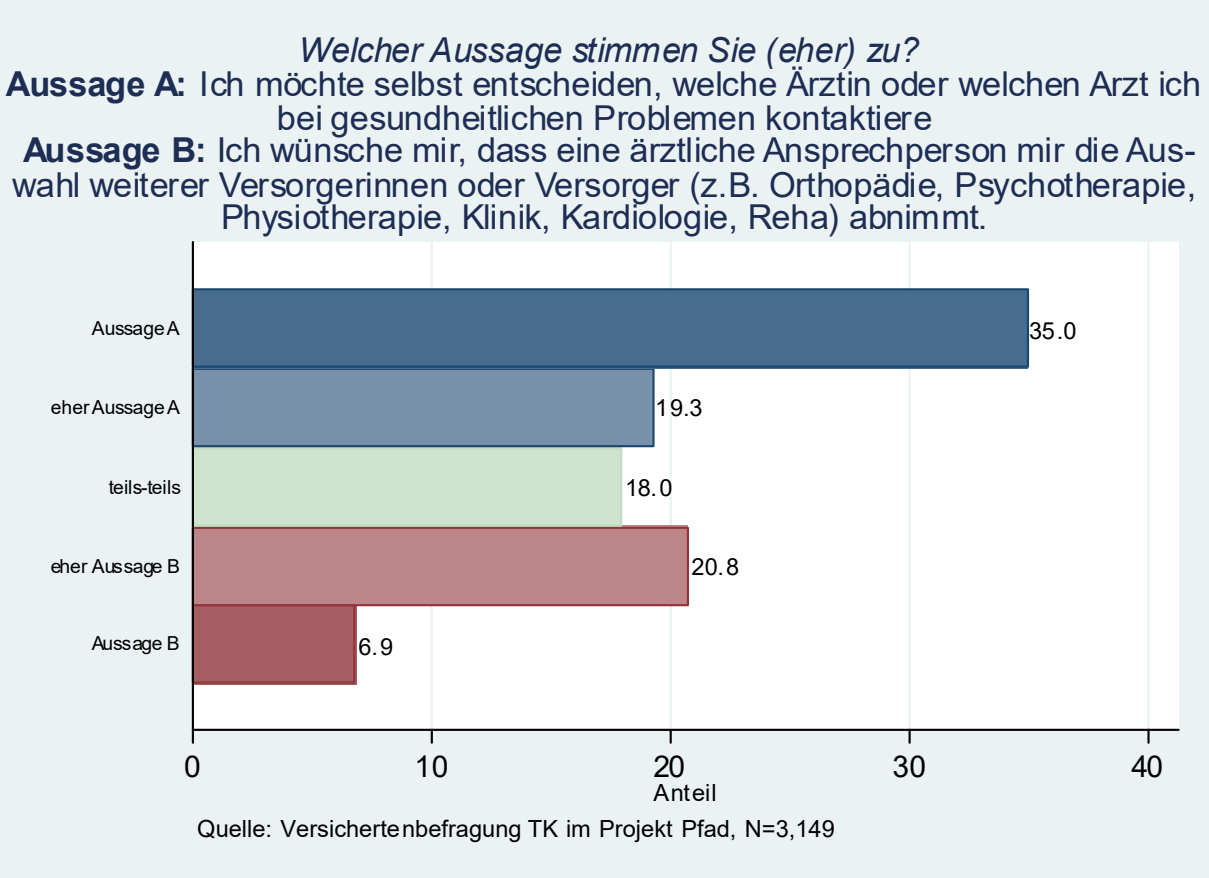
Frage 6b:

Aussage A:
Ich möchte selbst entscheiden, welche Ärztin oder welchen Arzt ich bei gesundheitlichen Problemen kontaktiere.

Aussage B:
Ich wünsche mir, dass eine ärztliche Ansprechperson mir die Auswahl weiterer Versorgerinnen oder Versorger (z. B. Orthopädie, Psychotherapie, Physiotherapie, Klinik, Kardiologie, Reha) abnimmt.

Welcher der Aussagen stimmen Sie (eher) zu?

Aussage A	*stimme A eher zu*	*teils – teils*	*stimme B eher zu*	*Aussage B*
☐	☐	☐	☐	☐



Frage 6c:

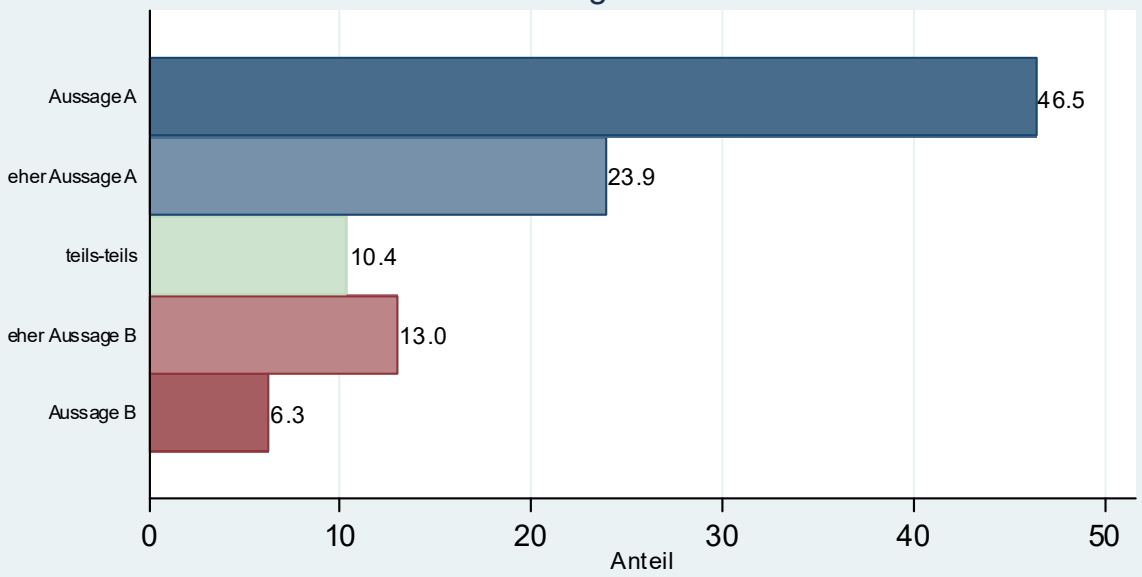
Stellen Sie sich vor, Sie haben ein allgemeines gesundheitliches Anliegen, wie beispielsweise einen grippalen Infekt, eine Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung oder wollen eine Vorsorgeuntersuchung machen. Was ist Ihnen dabei wichtig?

Aussage A:
Eine verlässliche und kontinuierliche Versorgung bei einer festen ärztlichen Ansprechperson / Praxis meiner Wahl ist mir wichtig.

Aussage B:
Die Möglichkeit bei Bedarf rasche ärztliche Hilfe zu erhalten, auch wenn es nicht bei meiner festen ärztlichen Ansprechperson / Praxis ist, ist mir wichtig.

Aussage A	*stimme A eher zu*	*teils – teils*	*stimme B eher zu*	*Aussage B*
☐	☐	☐	☐	☐

Welcher Aussage stimmen Sie (eher) zu?
Aussage A: Eine verlässliche und kontinuierliche Versorgung bei einer festen ärztlichen Ansprechperson/Praxis meiner Wahl ist mir wichtig.
Aussage B: Die Möglichkeit bei Bedarf rasche ärztliche Hilfe zu erhalten, auch wenn es nicht bei meiner festen ärztlichen Ansprechperson/Praxis ist, ist mir wichtig.



Quelle: Versichertenbefragung TK im Projekt Pfad, N=3,149

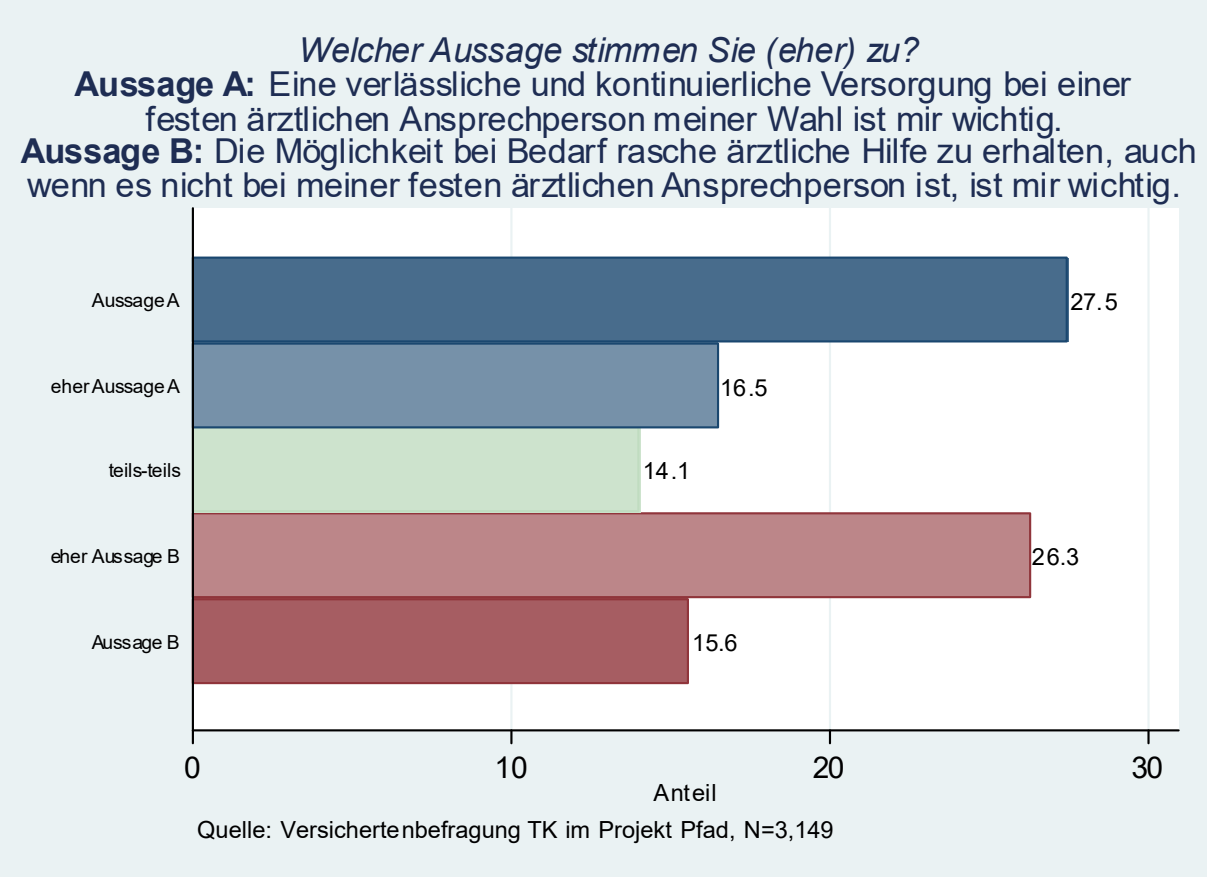
Frage 6d:

Stellen Sie sich vor, Sie haben ein spezifisches gesundheitliches Anliegen, wie beispielsweise eine starke gesundheitliche Veränderung oder plötzliche Rückenschmerzen. Was ist Ihnen dabei wichtig?

Aussage A:
Eine verlässliche und kontinuierliche Versorgung bei einer festen ärztlichen Ansprechperson meiner Wahl ist mir wichtig.

Aussage B:
Die Möglichkeit bei Bedarf rasche ärztliche Hilfe zu erhalten, auch wenn es nicht bei meiner festen ärztlichen Ansprechperson ist, ist mir wichtig

Aussage A	*stimme A eher zu*	*teils – teils*	*stimme B eher zu*	*Aussage B*
☐	☐	☐	☐	☐



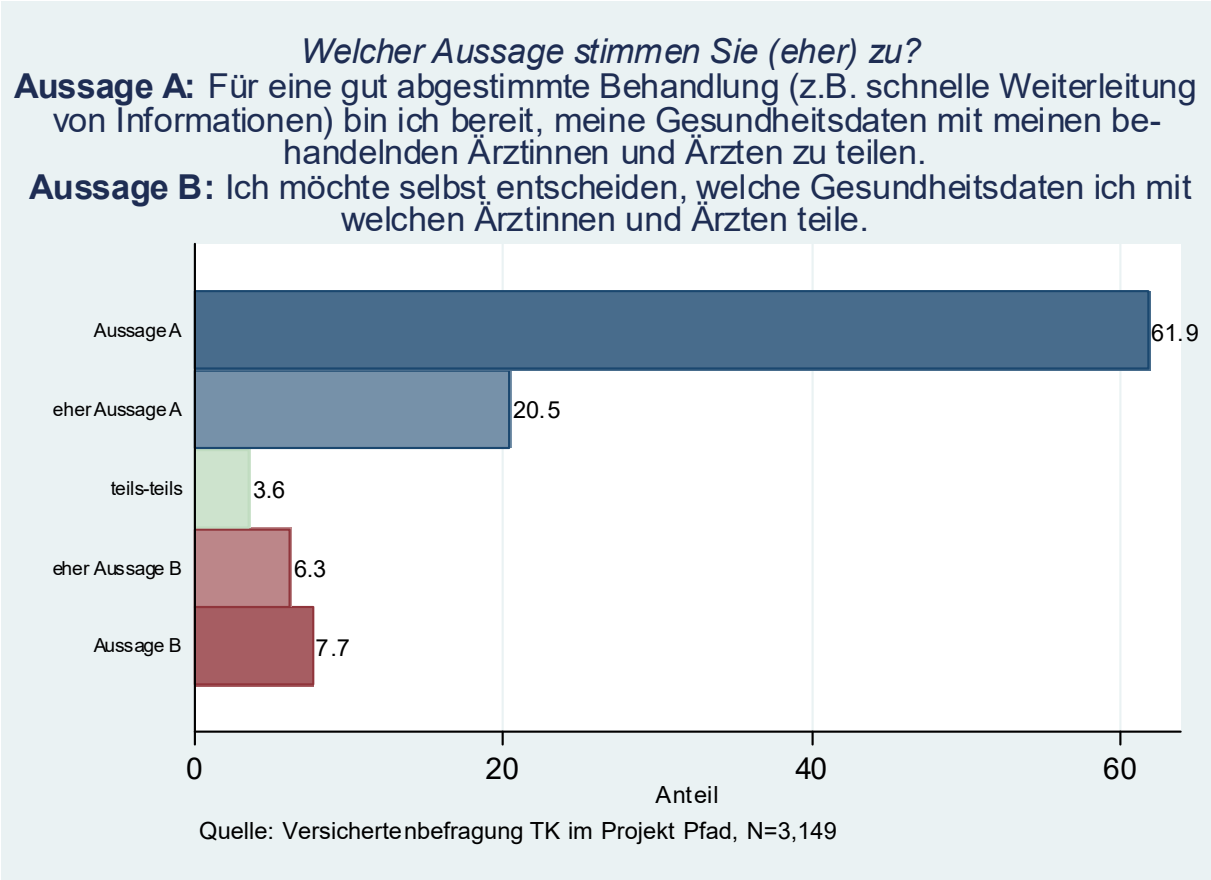
Frage 6e:

Aussage A:
Für eine gut abgestimmte Behandlung (z. B. schnelle Weiterleitung von Informationen) bin ich bereit, meine Gesundheitsdaten mit meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu teilen.

Aussage B:
Ich möchte selbst entscheiden, welche Gesundheitsdaten ich mit welchen Ärztinnen oder Ärzten teile.

Welcher der Aussagen stimmen Sie (eher) zu?

Aussage A	*stimme A eher zu*	*teils – teils*	*stimme B eher zu*	*Aussage B*
☐	☐	☐	☐	☐



Erfahrung mit der Versorgung und Betreuung

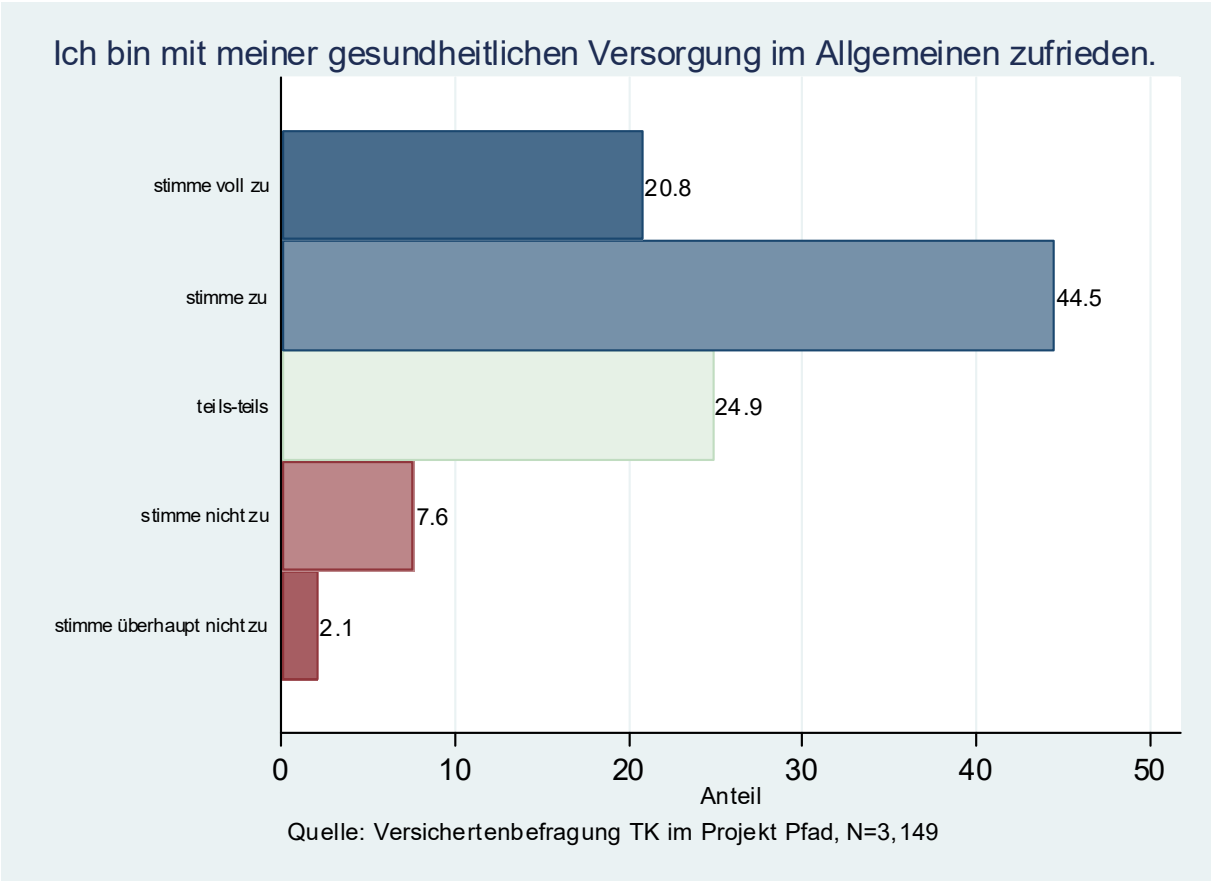
Im Folgenden bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zum deutschen Gesundheitswesen sowie Ihre Zufriedenheit und Erfahrungen mit diesem. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Hinweis: Eine gesundheitliche Versorgung beinhaltet beispielsweise: Verschreibung von Medikamenten, Überweisung und Besuch von Fachärztinnen und Fachärzten, Termine bei der Physiotherapie oder der Psychotherapie.

Frage 7a:

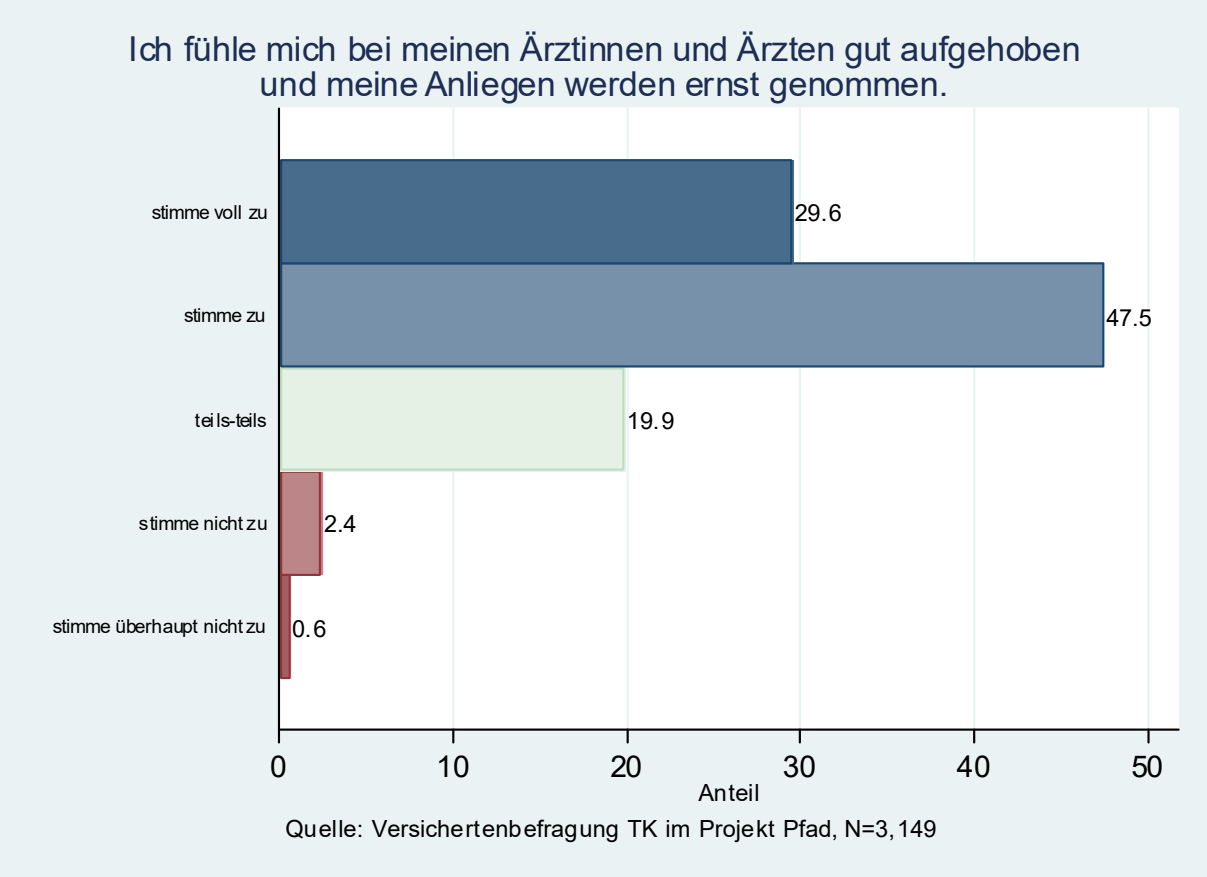
Ich bin mit meiner gesundheitlichen Versorgung im Allgemeinen zufrieden.

☐	☐	☐	☐	☐
Stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



Frage 7b:
Ich fühle mich bei meinen Ärztinnen und Ärzten gut aufgehoben und meine Anliegen werden ernst genommen.

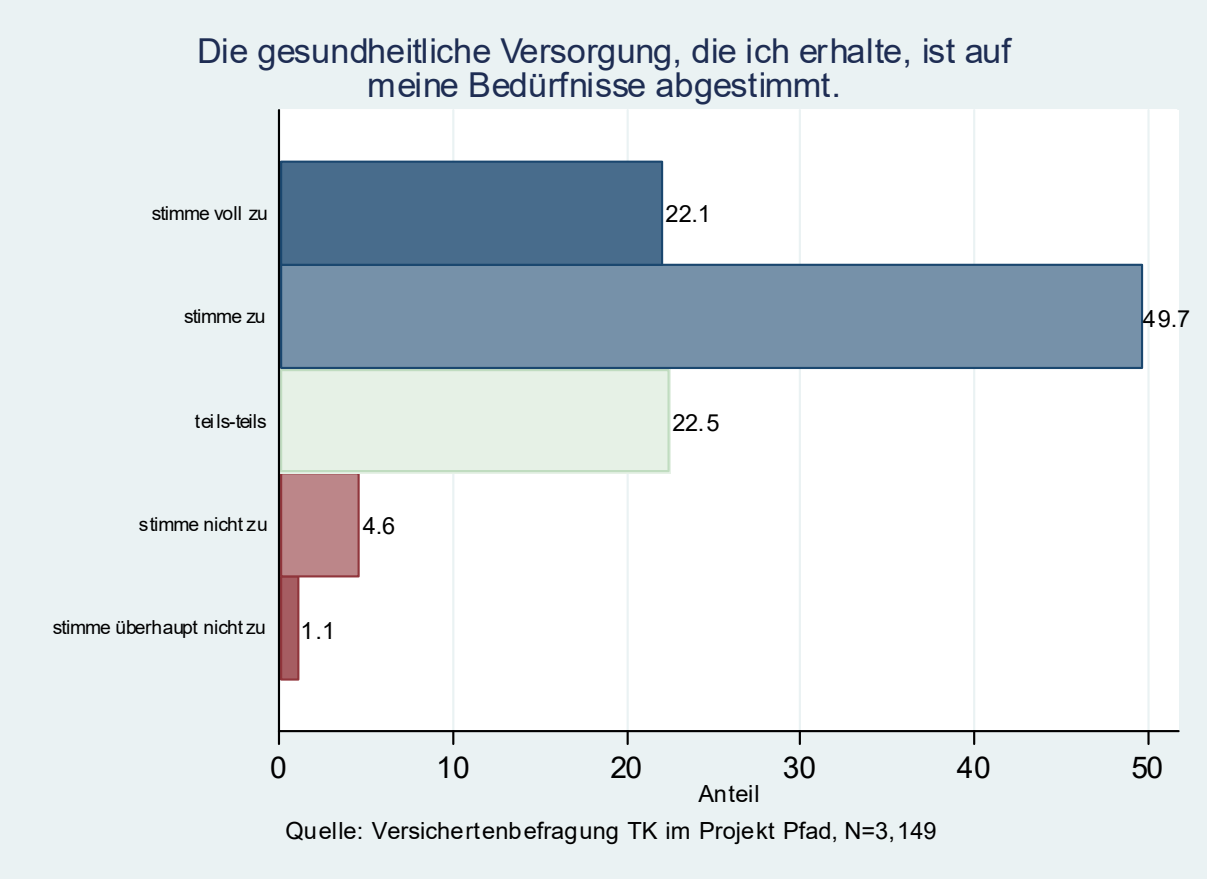
☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



Frage 7c:

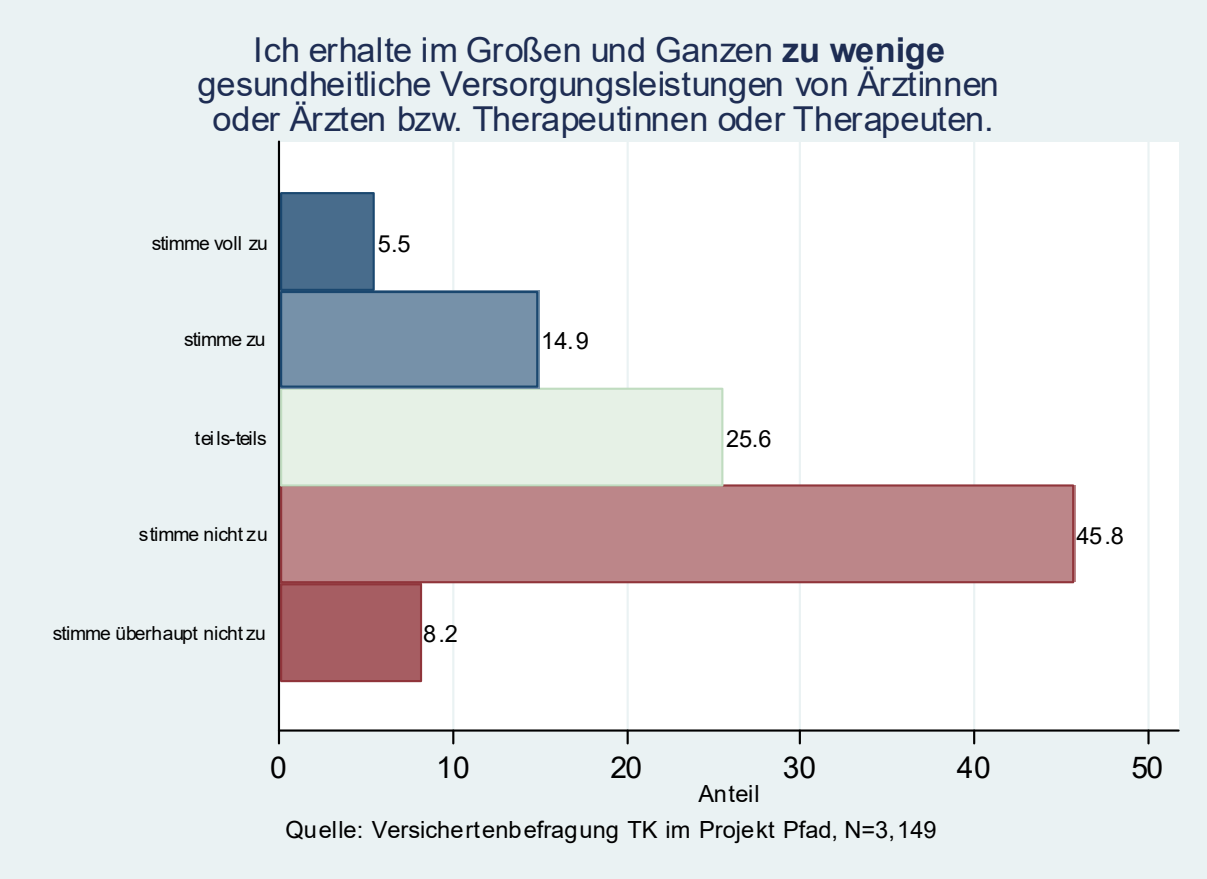
Die gesundheitliche Versorgung, die ich erhalte, ist auf meine Bedürfnisse abgestimmt.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



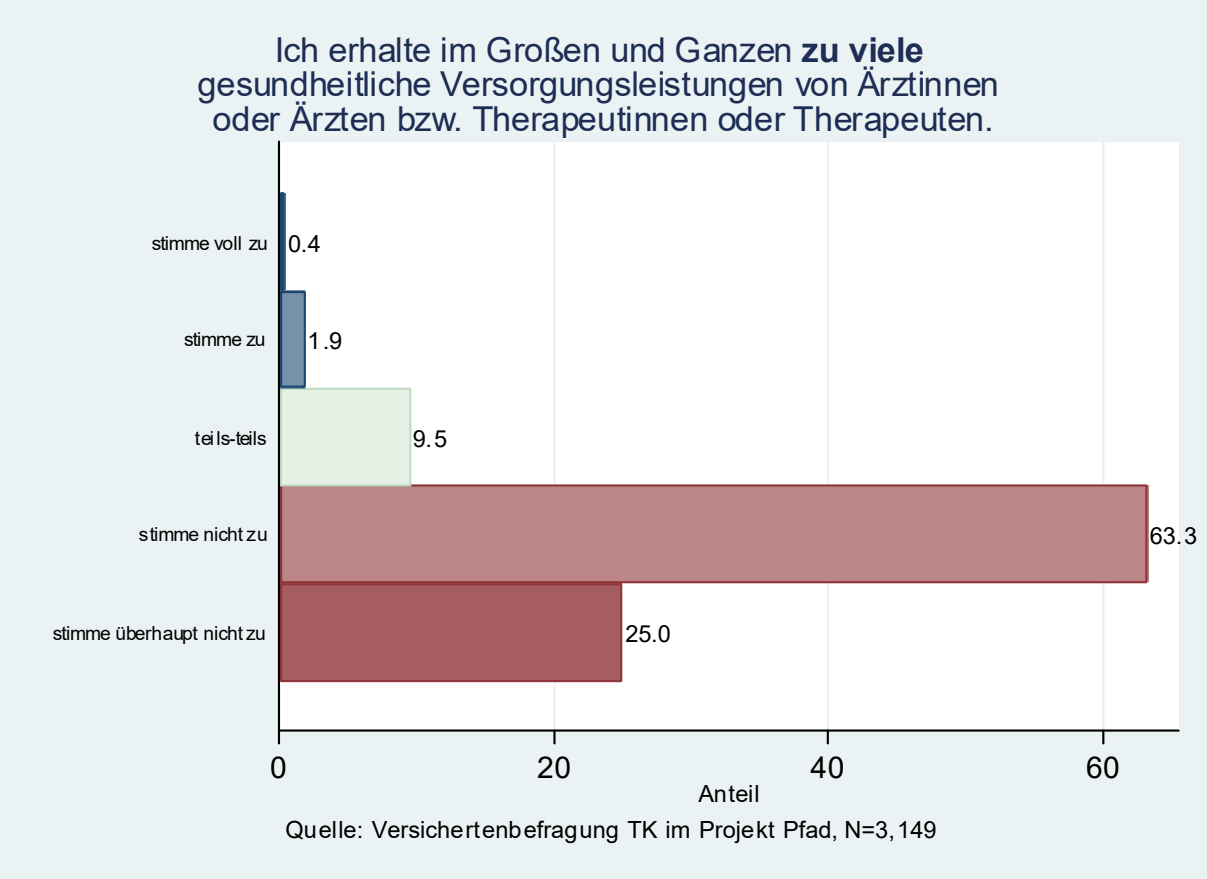
Frage 7d:
Ich erhalte im Großen und Ganzen **zu wenige** gesundheitliche Versorgungsleistungen von Ärztinnen oder Ärzten bzw. Therapeutinnen oder Therapeuten.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



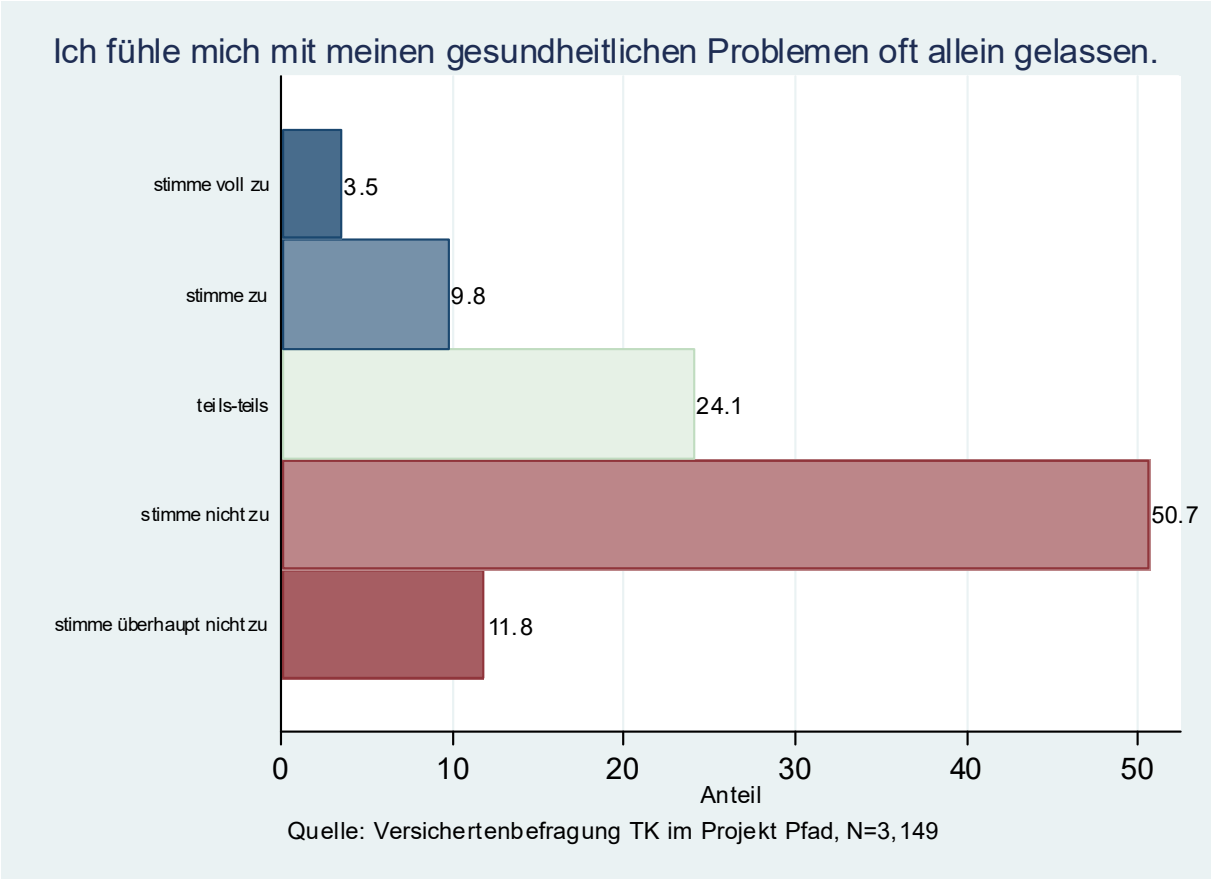
Frage 7e:
Ich erhalte im Großen und Ganzen **zu viele** gesundheitliche Versorgungsleistungen von Ärztinnen oder Ärzten bzw. Therapeutinnen oder Therapeuten.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



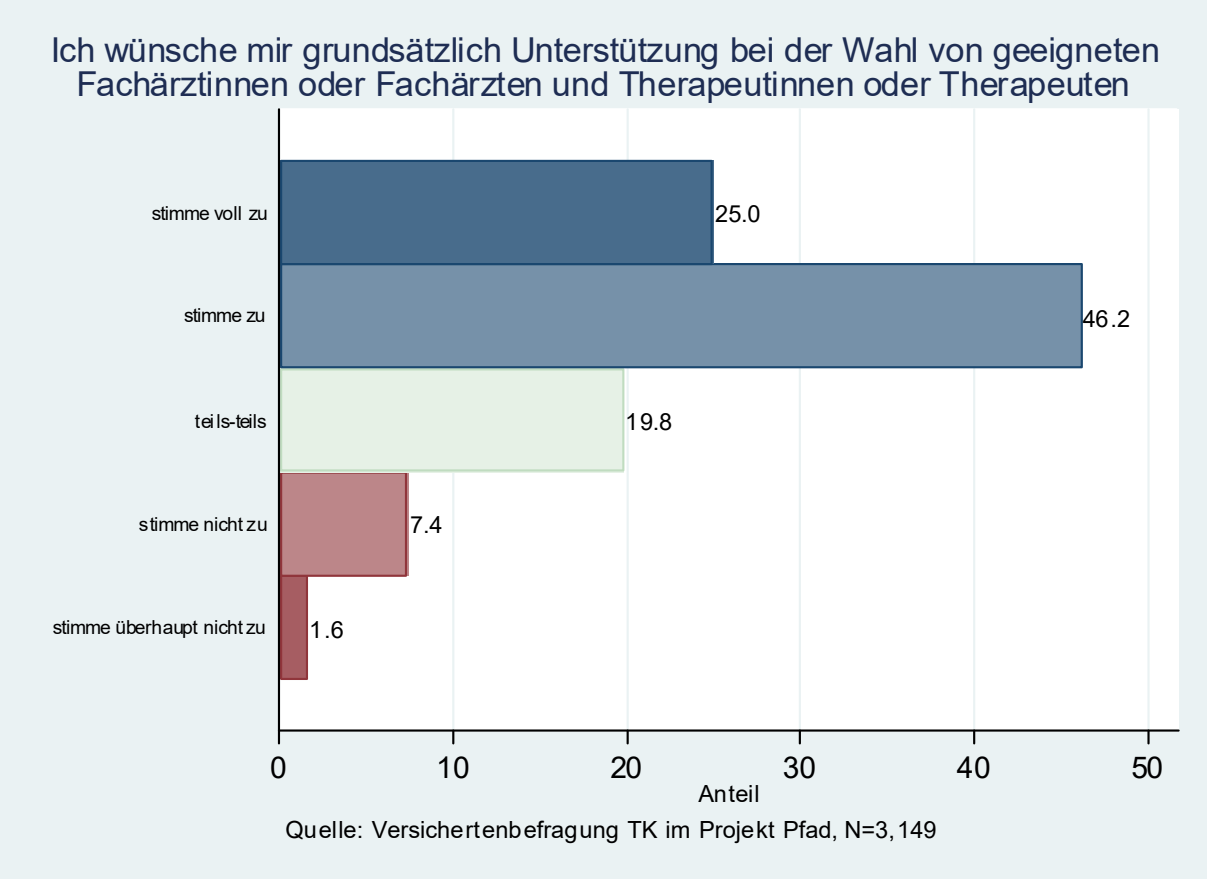
Frage 7f:
Ich fühle mich mit meinen gesundheitlichen Problemen oft allein gelassen.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



Frage 7g:
Ich wünsche mir grundsätzlich Unterstützung bei der Wahl von geeigneten Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten.

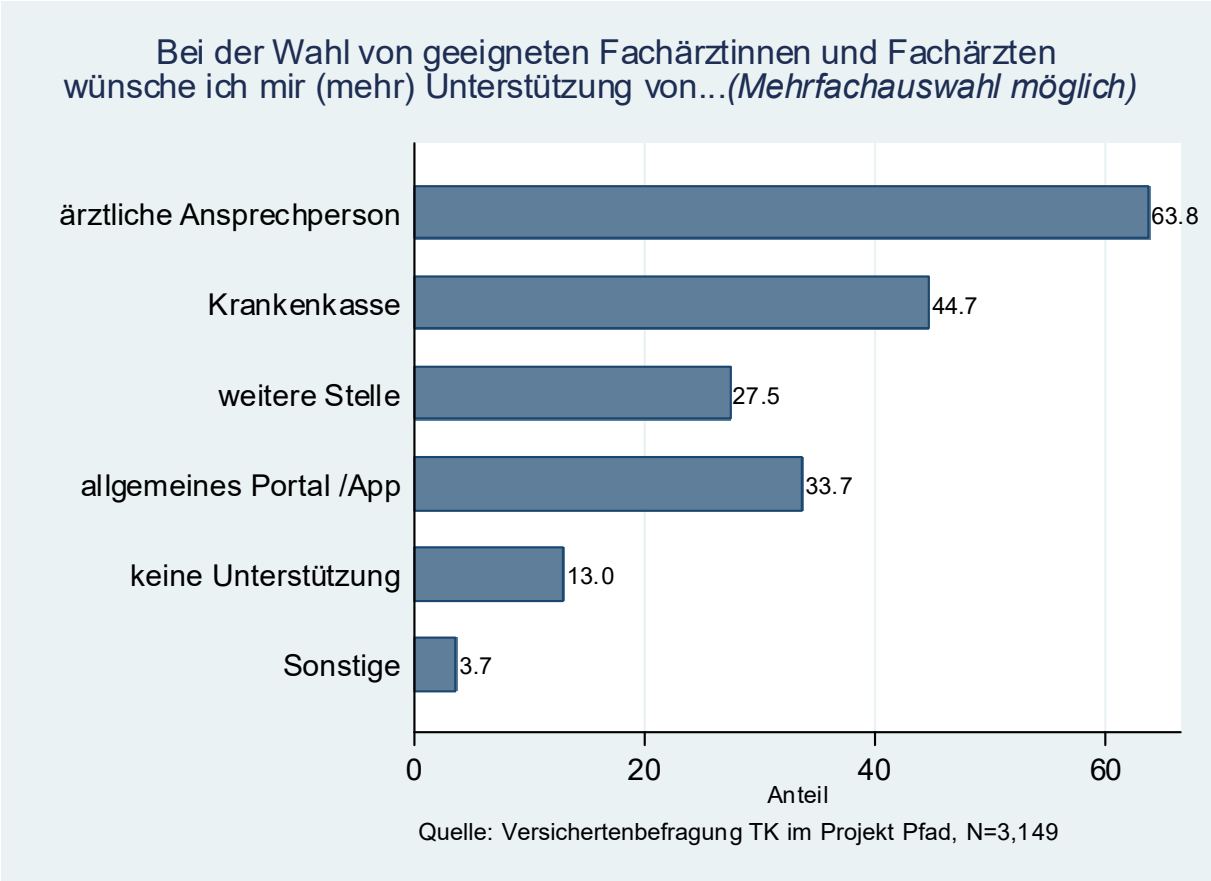
☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



Frage 8:

Bei der Wahl von geeigneten Fachärztinnen oder Fachärzten wünsche ich mir (mehr) Unterstützung von…
(Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ ... meiner ärztlichen Ansprechperson (z. B. Hausärztin oder Hausarzt)
- ☐ ... meiner Krankenkasse
- ☐ ... einer weiteren Anlaufstelle mit Informationen über Fachärztinnen oder Fachärzte in meiner Umgebung
- ☐ ... einem allgemeinen Portal/App mit Informationen über Fachärztinnen oder Fachärzte in meiner Umgebung.
- ☐ Ich benötige keine Unterstützung.
- ☐ ... Sonstigen (bitte benennen): _____

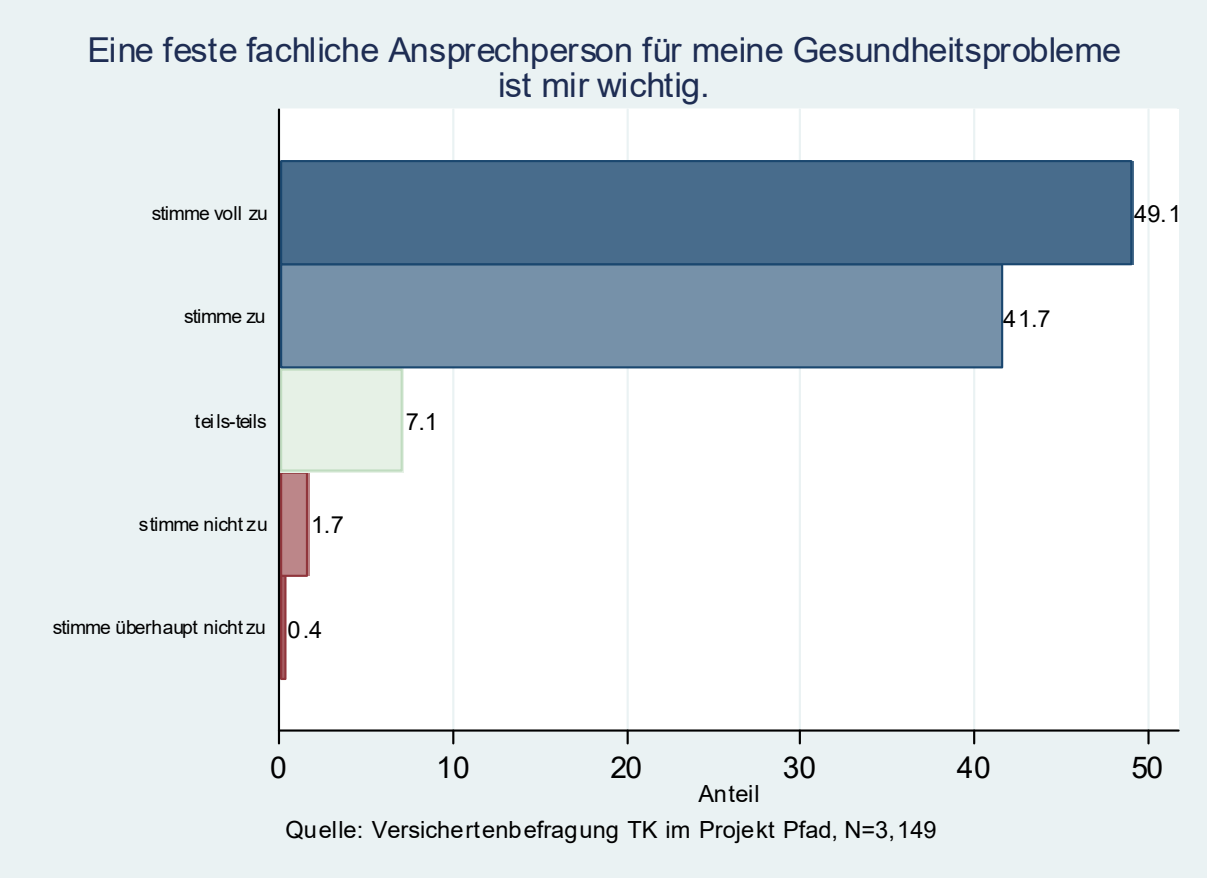


Koordination der Versorgung

Frage 9a:

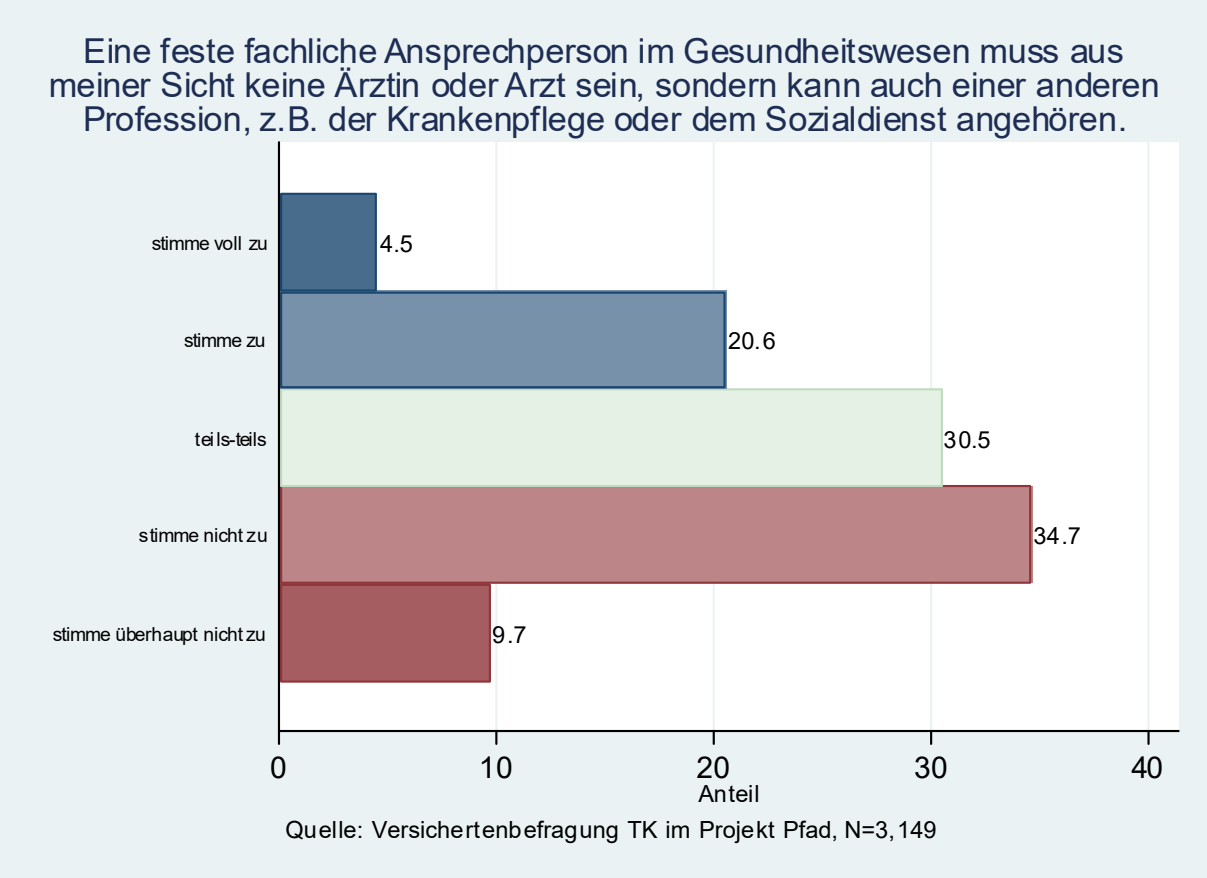
Eine feste fachliche Ansprechperson für meine Gesundheitsprobleme ist mir wichtig.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



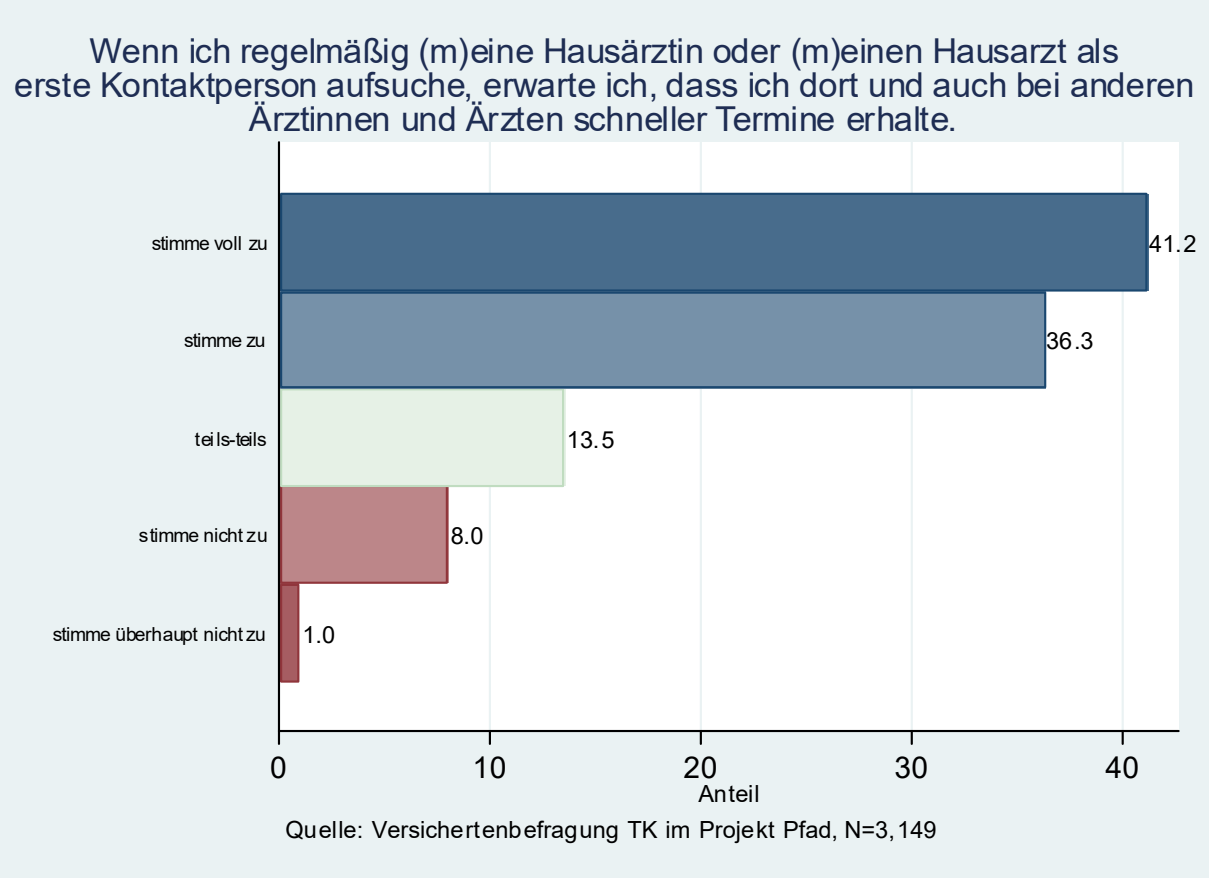
Frage 9b:
Eine feste fachliche Ansprechperson im Gesundheitswesen muss aus meiner Sicht keine Ärztin oder Arzt sein, sondern kann auch einer anderen Profession, z. B. der Krankenpflege oder dem Sozialdienst, angehören.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



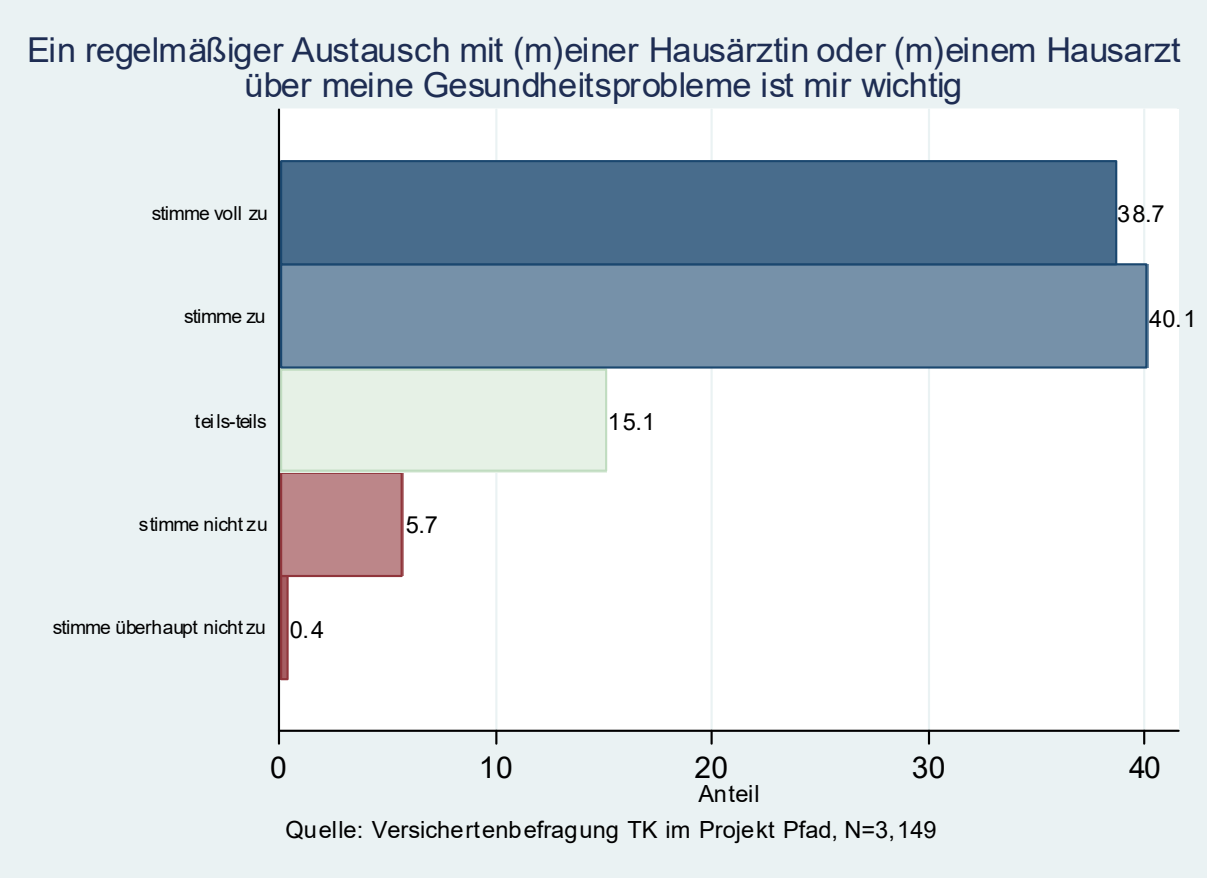
Frage 9c:
Wenn ich regelmäßig (m)eine Hausärztin oder (m)einen Hausarzt als erste Kontaktperson aufsuche, erwarte ich, dass ich dort und auch bei anderen Ärztinnen und Ärzten schneller Termine erhalte.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



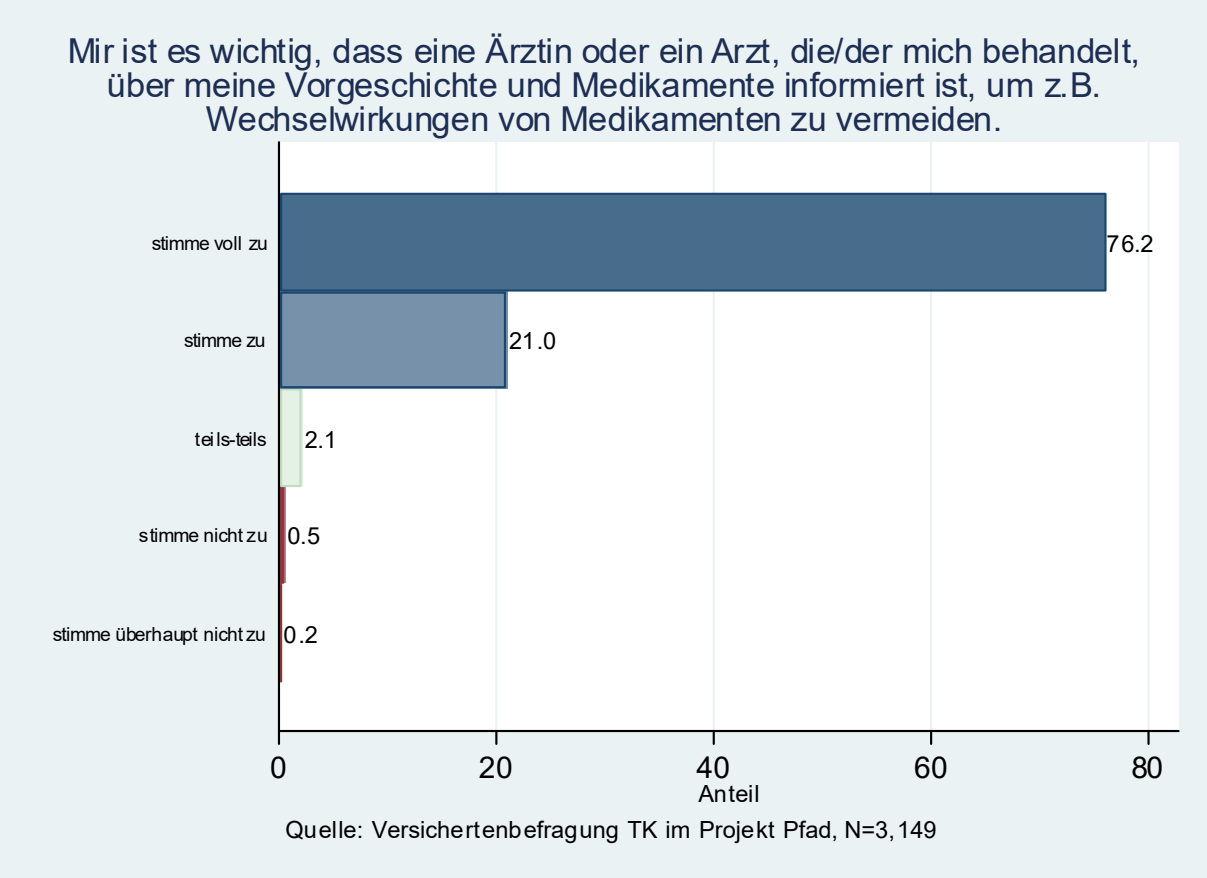
Frage 9d:
Ein regelmäßiger Austausch mit (m)einer Hausärztin oder (m)einem Hausarzt über meine Gesundheitsprobleme ist mir wichtig.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



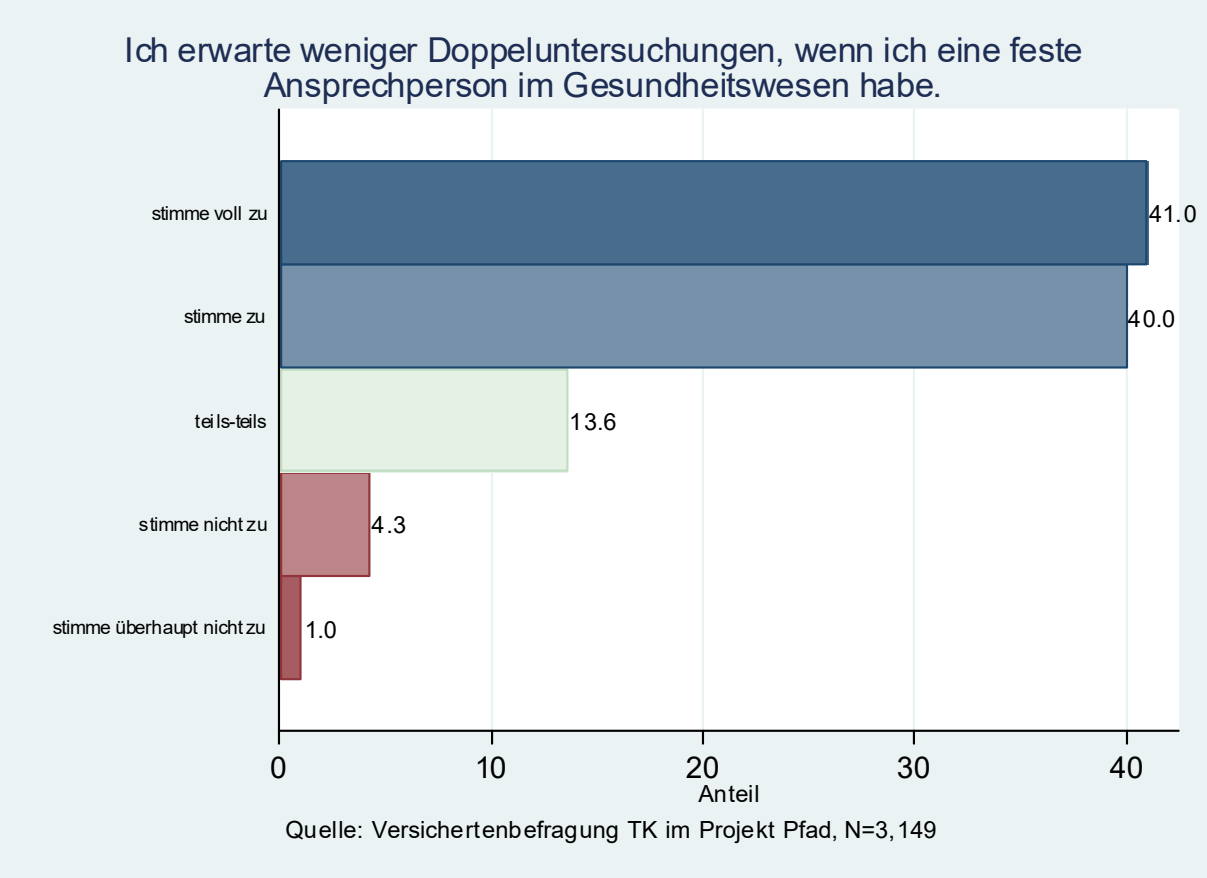
Frage 9e:
Mir ist es wichtig, dass eine Ärztin oder ein Arzt, die/der mich behandelt, über meine Vorgeschichte und Medikamente informiert ist, um z. B. Wechselwirkungen von Medikamenten zu vermeiden.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



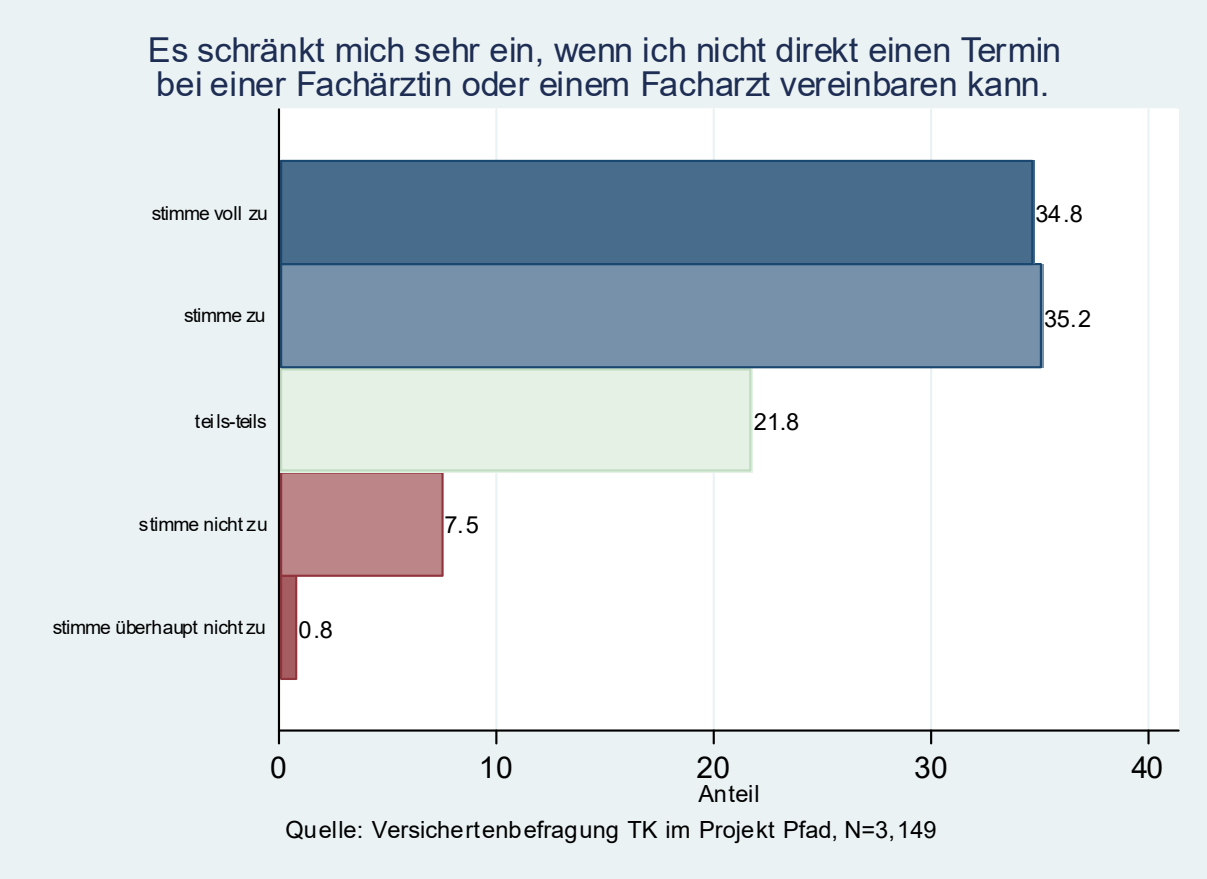
Frage 9f:
Ich erwarte weniger Doppeluntersuchungen, wenn ich eine feste Ansprechperson im Gesundheitswesen habe.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



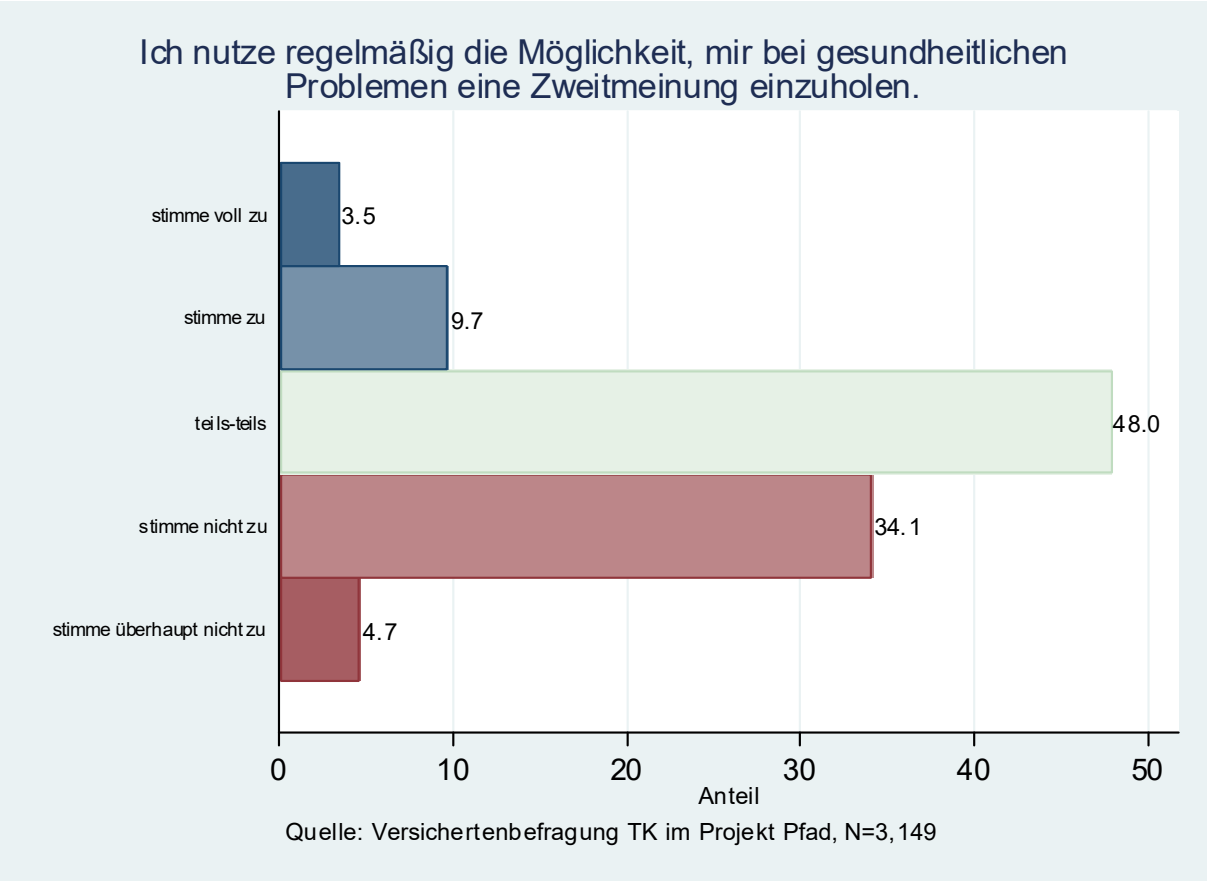
Frage 9g:
Es schränkt mich sehr ein, wenn ich nicht direkt einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt vereinbaren kann.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



Frage 9h:
Ich nutze regelmäßig die Möglichkeit, mir bei gesundheitlichen Problemen eine Zweitmeinung einzuholen.

☐	☐	☐	☐	☐
stimme voll zu	*stimme zu*	*teils / teils*	*stimme nicht zu*	*stimme überhaupt nicht zu*



Therapieempfehlungen

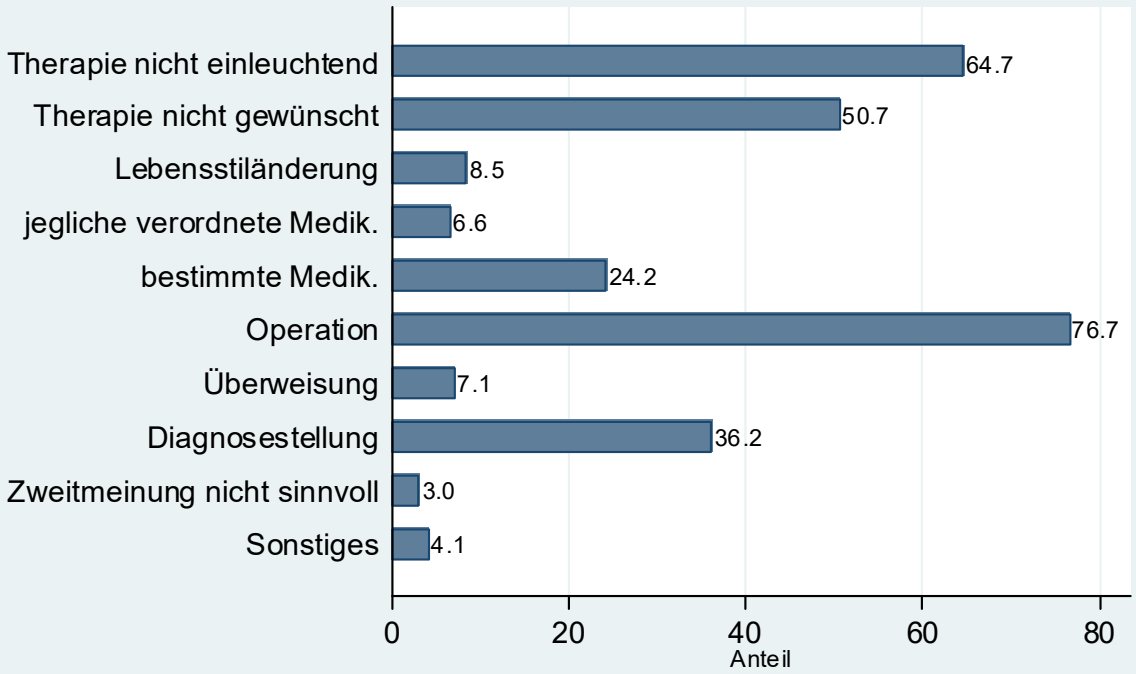
Für einige Behandlungstherapien empfiehlt die TK das Einholen von Zweitmeinungen. Wir stellen Ihnen im Folgenden einige Fragen zu Ihren Erfahrungen mit Therapieempfehlungen und Zweitmeinungen.

Frage 10:

In welchen Situationen ist Ihrer Meinung nach das Einholen einer zweiten ärztlichen Meinung sinnvoll und hilfreich?
(Mehrfachantwort möglich)

- ☐ Wenn mir die Erläuterung oder Therapieempfehlung der Ärztin oder des Arztes nicht einleuchtet.
- ☐ Wenn ich mit der Erläuterung oder der Therapieempfehlung der Ärztin oder des Arztes nicht übereinstimme.
- ☐ Bei der Empfehlung von Lebensstiländerungen (z. B. Ernährungsumstellungen).
- ☐ Bei der Verschreibung jeglicher Art von Medikamenten.
- ☐ Bei der Verschreibung bestimmter Medikamente.
- ☐ Bei der Empfehlung eines operativen Eingriffs.
- ☐ Bei der Überweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt.
- ☐ Im Rahmen einer Diagnosestellung.
- ☐ Zweitmeinungen sind meiner Meinung nach in der Regel nicht hilfreich oder sinnvoll.
- ☐ Sonstiges (bitte benennen): _____

In welchen Situationen ist Ihrer Meinung nach das Einholen einer zweiten ärztlichen Meinung sinnvoll und hilfreich? *(Mehrfachauswahl möglich)*

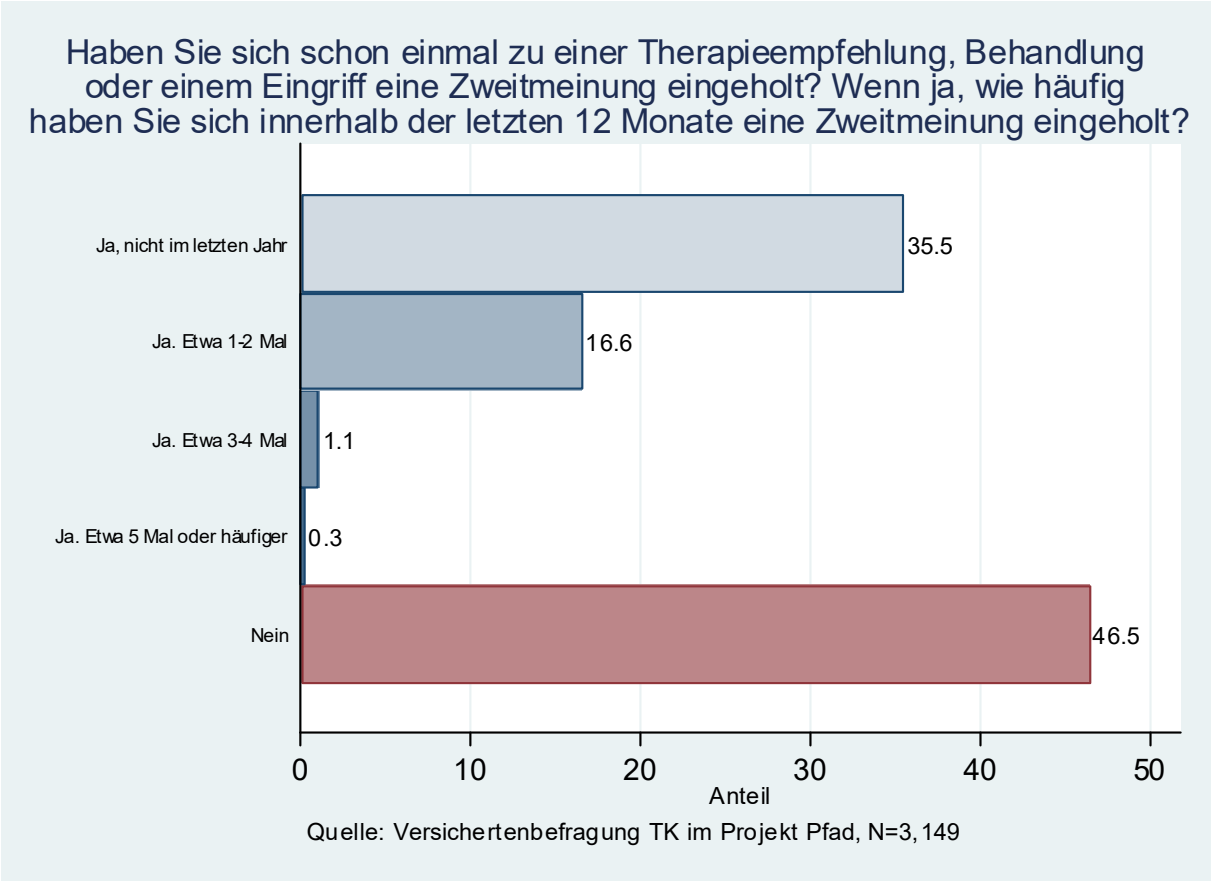


Quelle: Versichertenbefragung TK im Projekt Pfad, N=3,149

Frage 11:

Haben Sie sich schon einmal zu einer Therapieempfehlung, Behandlung oder einem Eingriff eine Zweitmeinung eingeholt? Wenn ja, wie häufig haben Sie sich innerhalb der letzten 12 Monate eine Zweitmeinung eingeholt?

- ☐ Ja. Etwa 1-2 Mal innerhalb der letzten 12 Monate.
- ☐ Ja. Etwa 3-4 Mal innerhalb der letzten 12 Monate.
- ☐ Ja. Etwa 5 Mal oder häufiger innerhalb der letzten 12 Monate.
- ☐ Ja. Allerdings nicht in den letzten 12 Monaten.
- ☐ Nein.



Zweitmeinung Zusatzfrage

Frage 11a:

Wie haben Sie das Einholen der Zweitmeinung überwiegend empfunden?

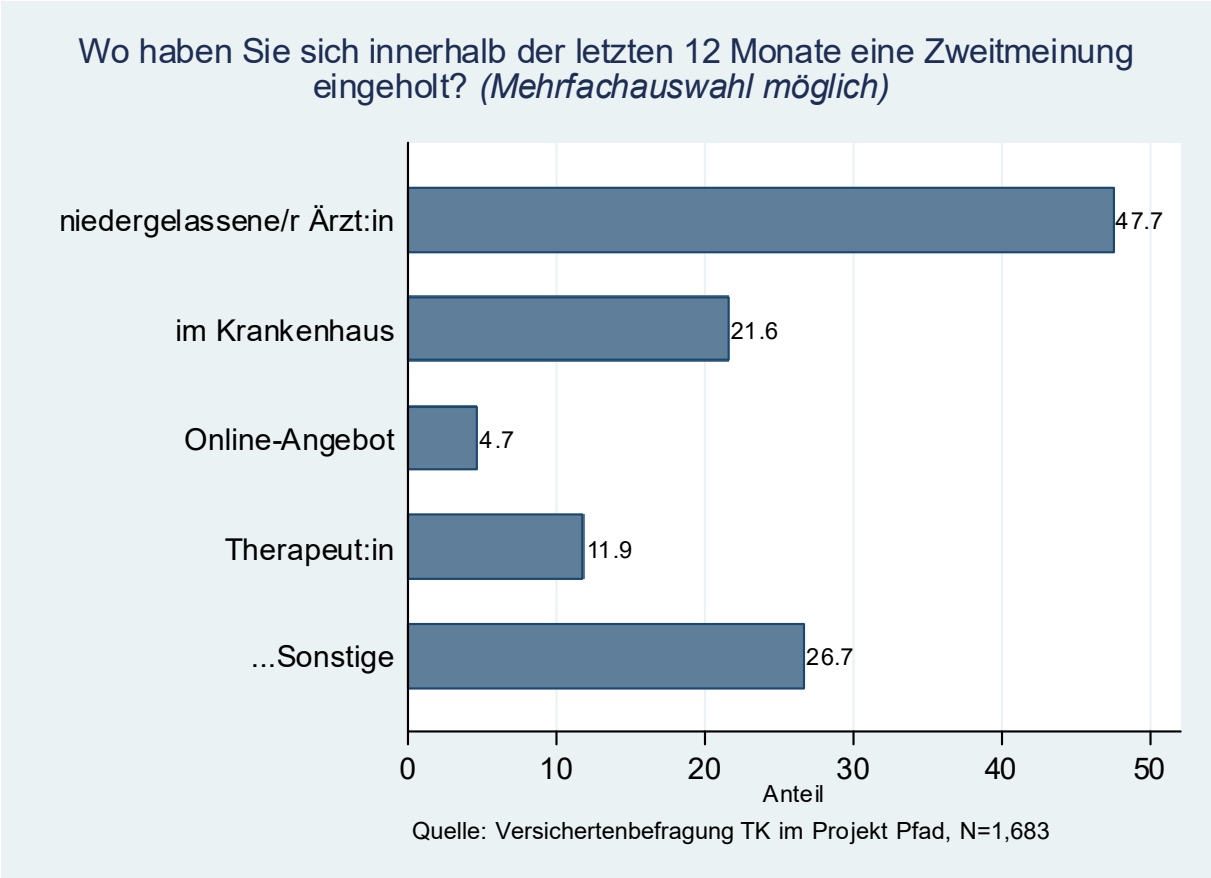
- ☐ Ich bin froh eine Zweitmeinung eingeholt zu haben, denn ich wurde darin bestärkt, der ursprünglichen Therapieempfehlung zu folgen.
- ☐ Ich bin froh eine Zweitmeinung eingeholt zu haben, denn dabei habe ich eine andere Therapieempfehlung erhalten. Meiner Einschätzung nach traf diese besser auf mein Problem zu.
- ☐ Das Einholen einer Zweitmeinung hat mir im Nachhinein betrachtet nichts gebracht.
- ☐ Mich hat das Einholen einer Zweitmeinung im Umgang mit meiner Erkrankung verunsichert, da ich nicht weiß, welcher Empfehlung ich folgen soll.

Wie haben Sie das Einholen der Zweitmeinung überwiegend empfunden?
Therapieempfehlung bestärkt
45.5
Andere Therapieempfehlung
42.6
Nichts gebracht
8.8
Verunsichert
3.0
0
10
20
30
40
50
Anteil
Quelle: Versichertenbefragung TK im Projekt Pfad, N=1,709

Zweitmeinung Zusatzfrage

Frage 11b:
Wo haben Sie sich innerhalb der letzten 12 Monate eine Zweitmeinung eingeholt? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Bei einer anderen niedergelassenen Ärztin/einem anderen niedergelassenen Arzt.
- ☐ In einem Krankenhaus.
- ☐ Im Rahmen eines Online-Angebots.
- ☐ Bei einer anderen Therapeutin oder einem anderen Therapeuten.
- ☐ Sonstige (bitte benennen): _____



Privatleistungen

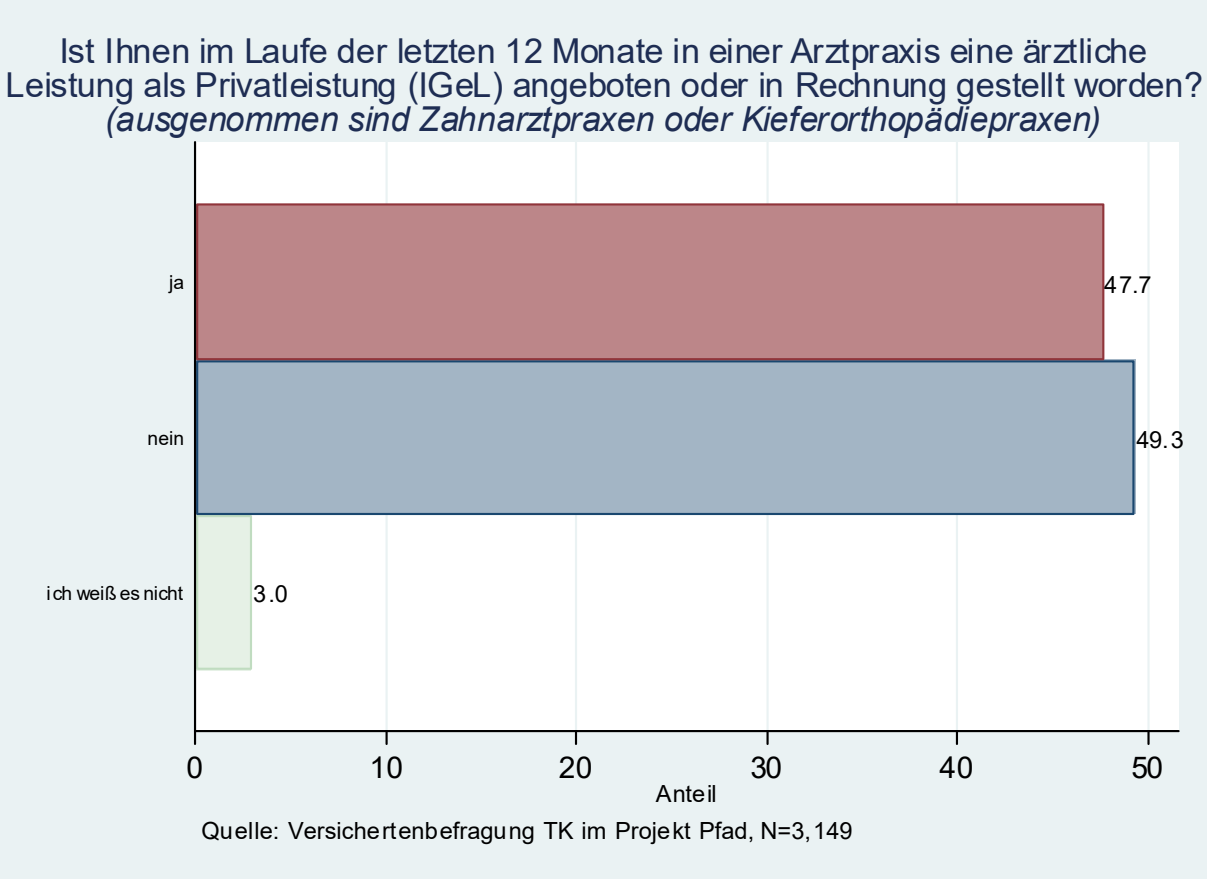
Privatleistungen sind Untersuchungen oder Behandlungen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, sondern die Sie selbst bezahlen müssen.

Frage 12:

Ist Ihnen im Laufe der letzten 12 Monate in einer Arztpraxis eine ärztliche Leistung als Privatleistung (IGeL) angeboten oder in Rechnung gestellt worden?*

**** ausgenommen sind Zahnarztpraxen oder Kieferorthopädiepraxen***

☐ Ja.
☐ Nein.
☐ Ich weiß es nicht.



Frage 12 Ergänzung:

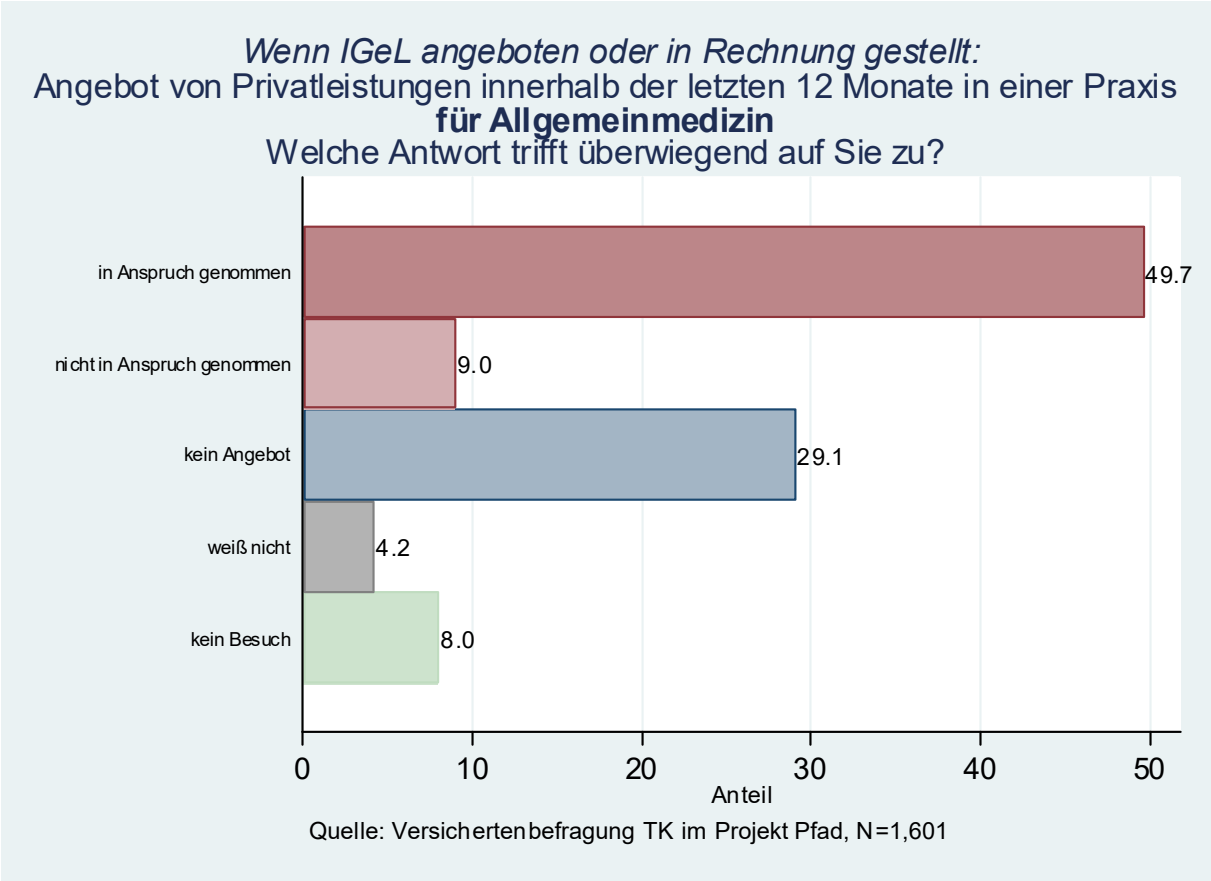
Angebot von Privatleistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL))

Im Folgenden möchten wir erfahren, bei welchen Fachgebieten Ihnen diese Leistungen angeboten wurden bzw. Sie diese in Anspruch genommen haben.

a) Angebot von Privatleistungen innerhalb der letzten 12 Monate in einer Praxis für Allgemeinmedizin (z. B. Blutuntersuchungen / Laborleistungen, Verordnung von Medikamenten, Ultraschalluntersuchungen, Heil- und Hilfsmittel)

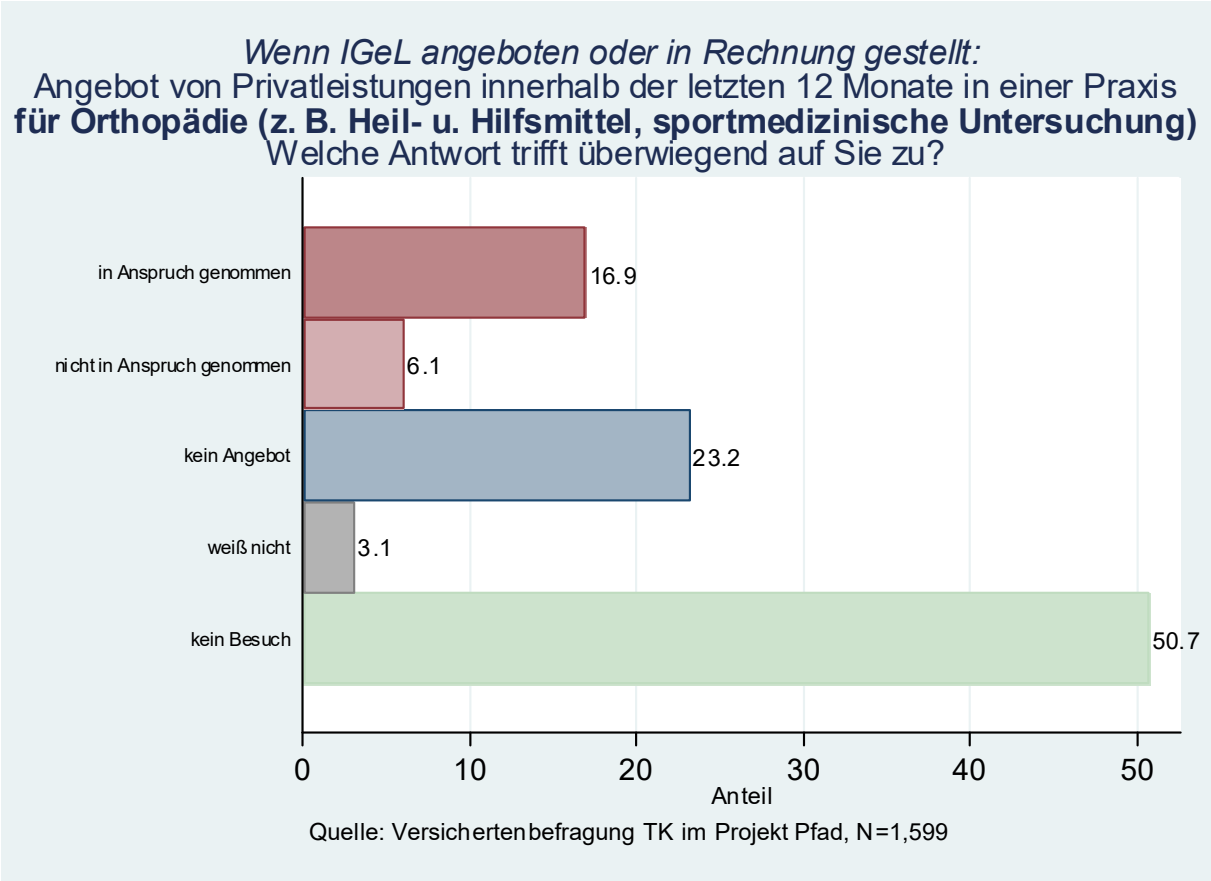
Welche Antwort trifft überwiegend auf Sie zu?

- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten und ich habe alle/einige davon in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten, ich habe sie aber nicht in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden keine Leistungen angeboten.
- ☐ Ich weiß es nicht.
- ☐ Ich war nicht in einer allgemeinmedizinischen Praxis.



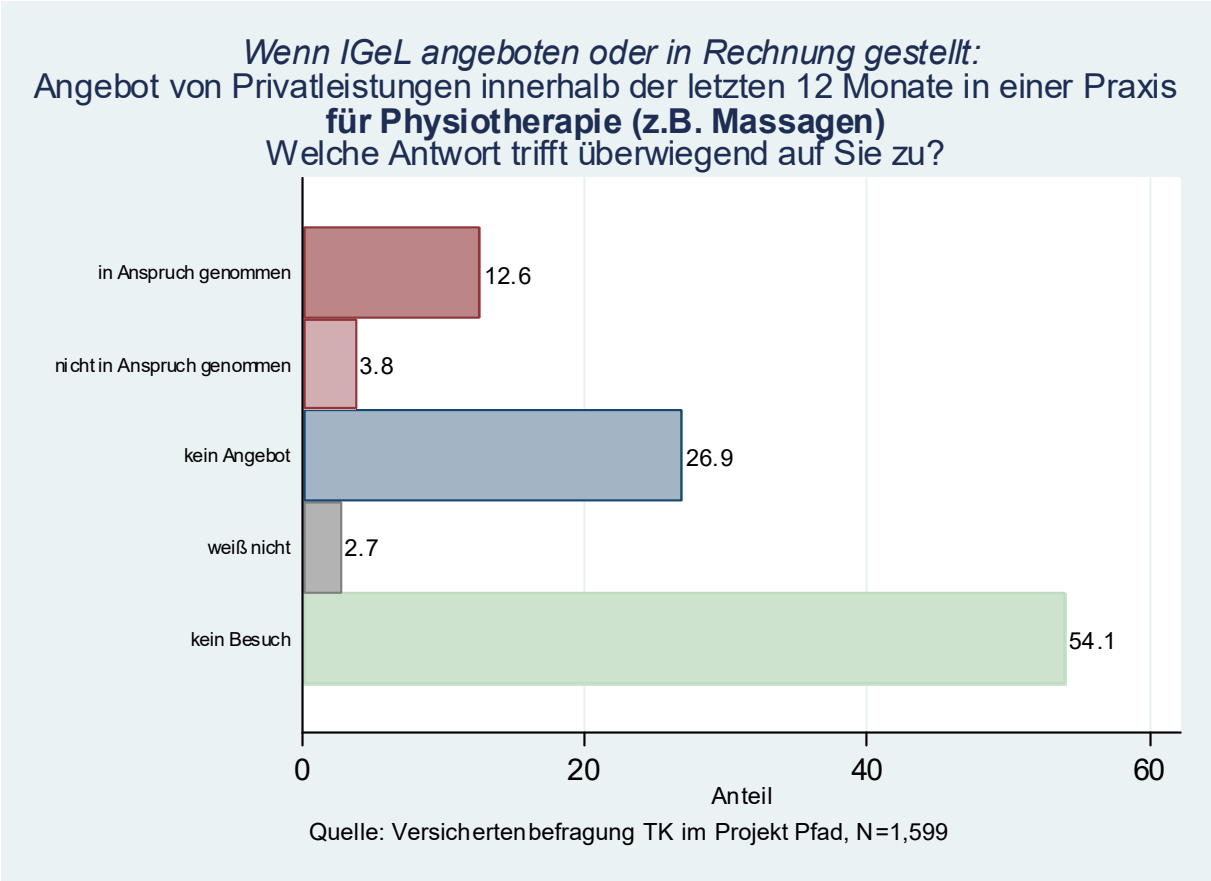
b) Angebot von Privatleistungen innerhalb der letzten 12 Monate in einer Praxis für Orthopädie (z. B. Heil- und Hilfsmittel, sportmedizinische Untersuchung)
Welche Antwort trifft überwiegend auf Sie zu?

- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten und ich habe alle/einige davon in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten, ich habe sie aber nicht in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden keine Leistungen angeboten.
- ☐ Ich weiß es nicht.
- ☐ Ich war nicht in einer orthopädischen Praxis.



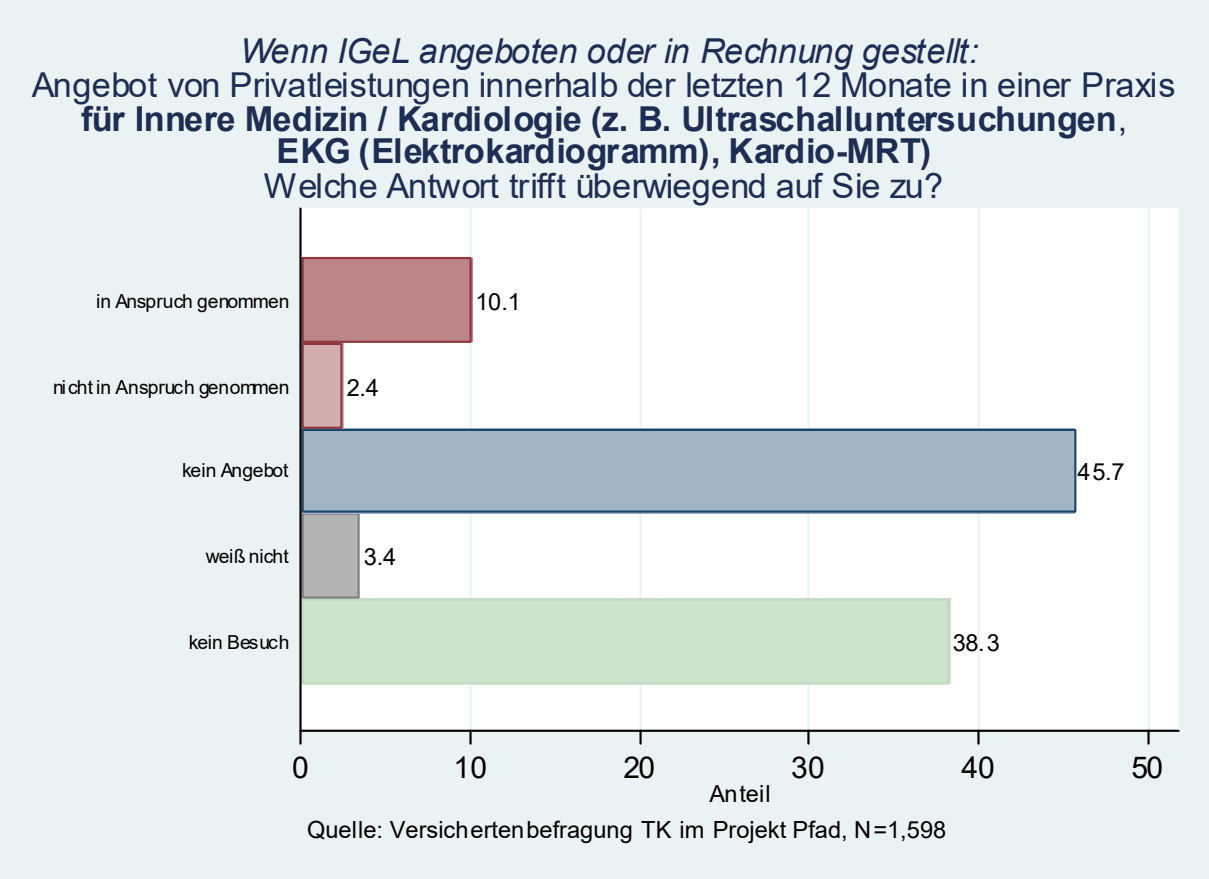
c) Angebot von Privatleistungen innerhalb der letzten 12 Monate in einer Praxis für Physiotherapie (z. B. Massagen)
Welche Antwort trifft überwiegend auf Sie zu?

- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten und ich habe alle/einige davon in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten, ich habe sie aber nicht in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden keine Leistungen angeboten.
- ☐ Ich weiß es nicht.
- ☐ Ich war nicht in einer Praxis für Physiotherapie.



d) Angebot von Privatleistungen innerhalb der letzten 12 Monate in einer Praxis für Innere Medizin / Kardiologie (z. B. Ultraschalluntersuchungen, EKG (Elektrokardiogramm), Kardio-MRT)
Welche Antwort trifft überwiegend auf Sie zu?

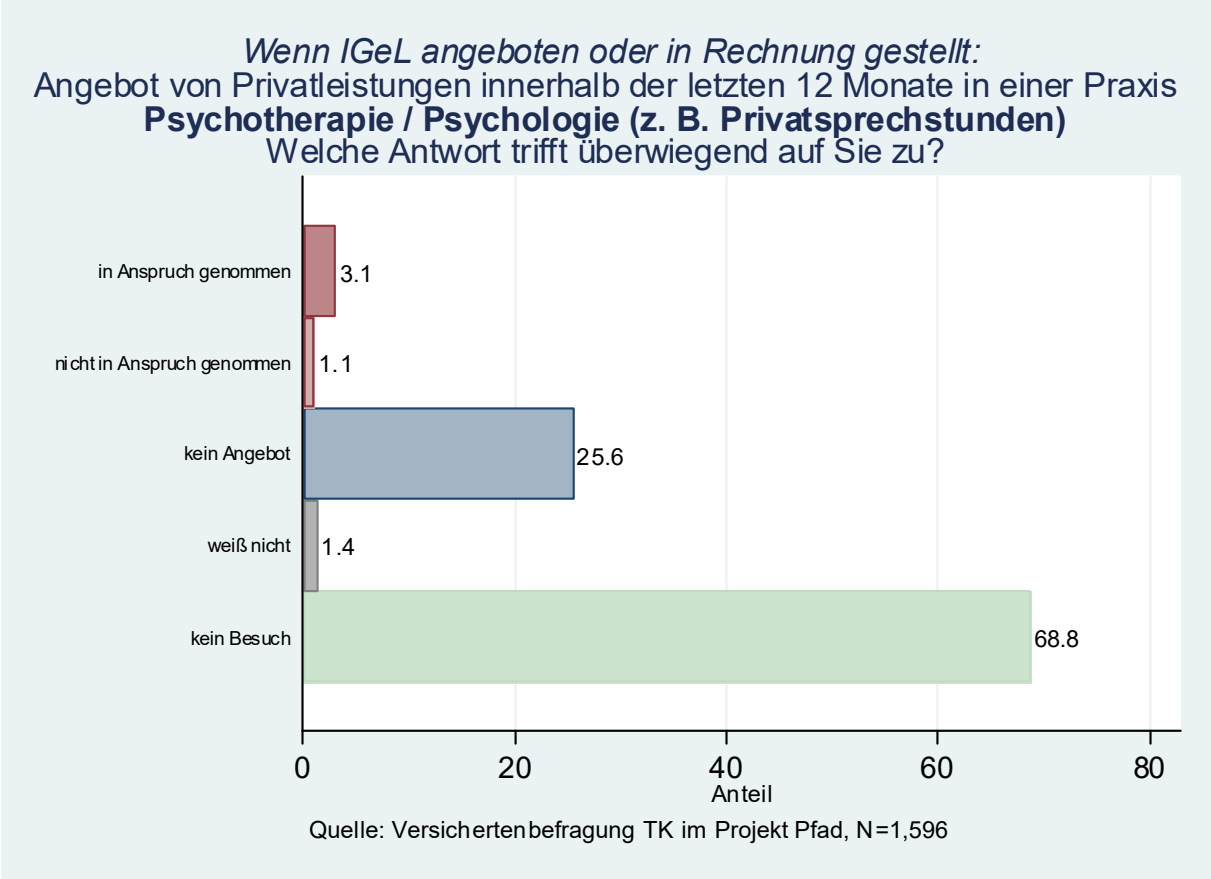
- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten und ich habe alle/einige davon in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten, ich habe sie aber nicht in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden keine Leistungen angeboten.
- ☐ Ich weiß es nicht.
- ☐ Ich war nicht in einer Praxis für Innere Medizin / Kardiologie.



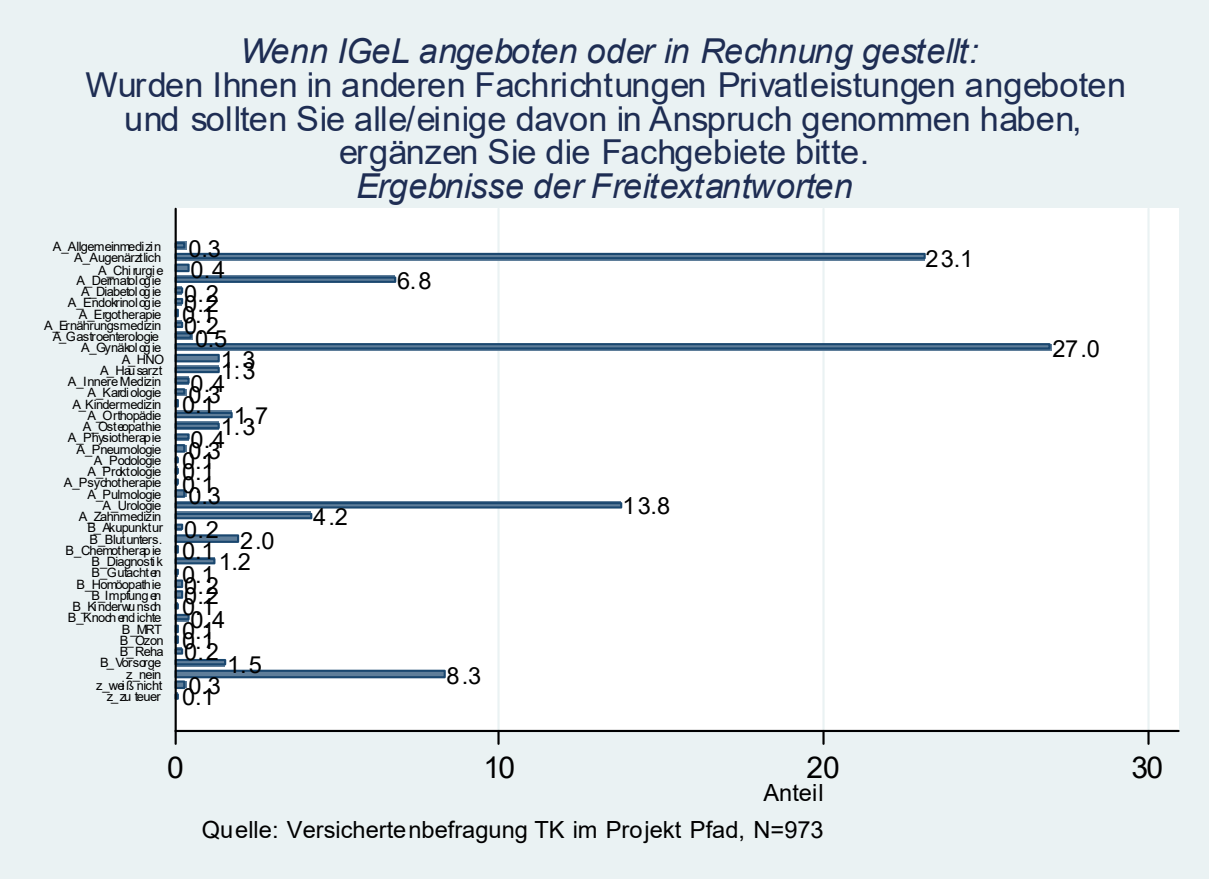
e) Angebot von Privatleistungen innerhalb der letzten 12 Monate in einer Praxis für Psychotherapie / Psychologie (z. B. Privatsprechstunden)

Welche Antwort trifft überwiegend auf Sie zu?

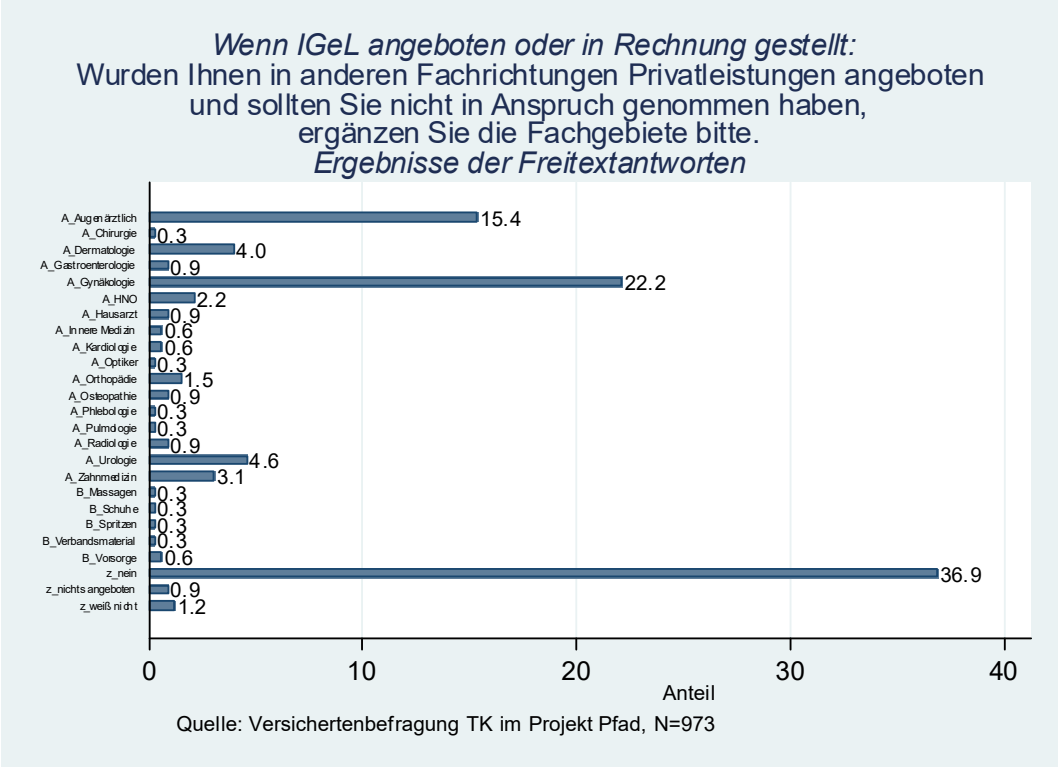
- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten und ich habe alle/einige davon in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden Leistungen angeboten, ich habe sie aber nicht in Anspruch genommen.
- ☐ Mir wurden keine Leistungen angeboten.
- ☐ Ich weiß es nicht.
- ☐ Ich war nicht in einer Praxis für Psychotherapie / Psychologie.



f) Wurden Ihnen in anderen Fachrichtungen Privatleistungen angeboten und sollten Sie alle/einige davon in Anspruch genommen haben, ergänzen Sie die Fachgebiete bitte.



g) Wurden Ihnen in anderen Fachrichtungen Privatleistungen angeboten und sollten Sie diese nicht in Anspruch genommen haben, ergänzen Sie die Fachgebiete bitte.



Wie steht es um Ihre eigene Gesundheitsversorgung?

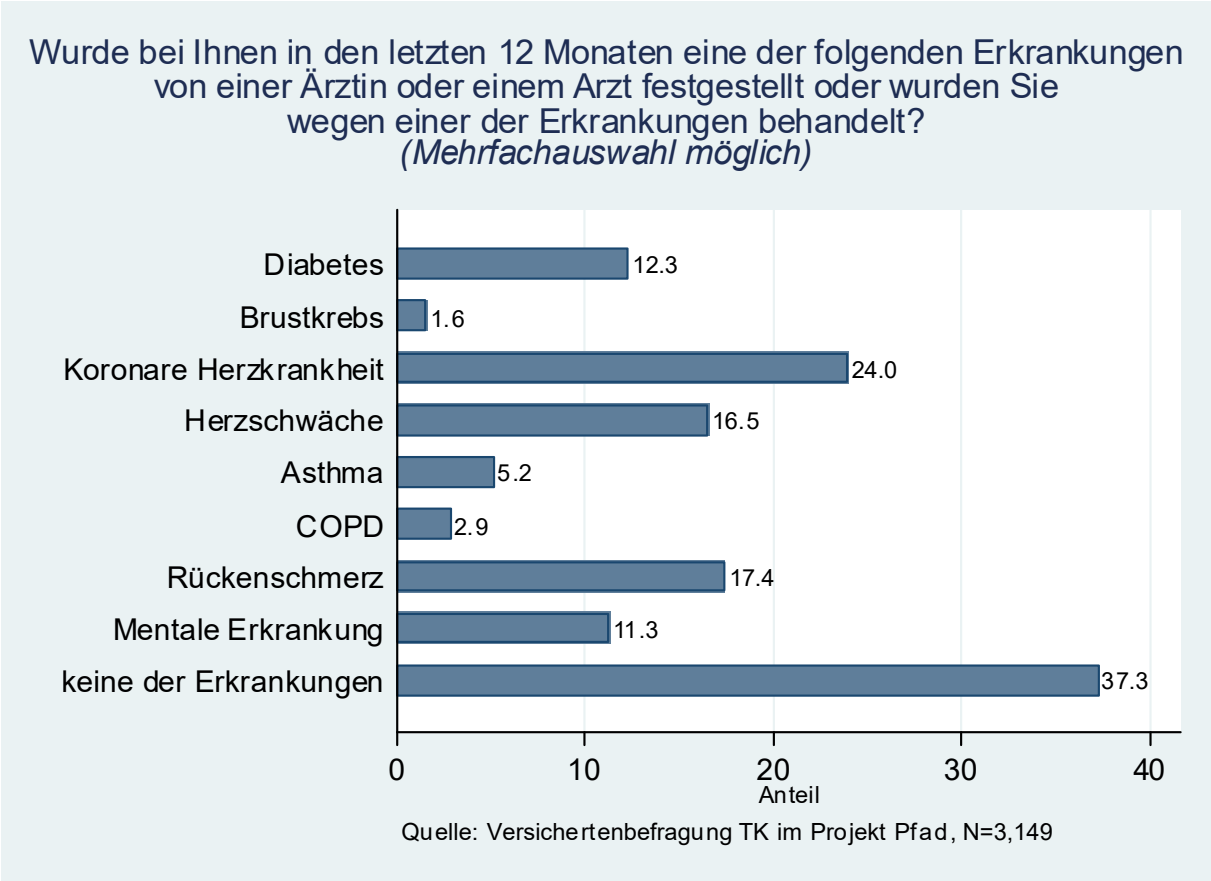
Wir möchten Sie im Folgenden zu Ihren Erfahrungen mit Behandlungen befragen. Eine Teilfrage bezieht sich dabei auf spezifische Erkrankungen, die weit verbreitet sind. Diese bitten wir Sie nur zu beantworten, wenn Sie wegen der Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate in Behandlung waren.

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie bei den folgenden Fragen auch Praxisbesuche, bei denen Sie nur ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament abgeholt haben, eine Vorsorgeuntersuchung hatten oder einen Impftermin in einer Praxis wahrgenommen haben. Besuche in Zahnarztpraxen oder Kieferorthopädiepraxen sind ausgenommen.

Frage 13:

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Erkrankungen von einer Ärztin oder einem Arzt festgestellt oder wurden Sie wegen einer der Erkrankungen behandelt?
(Mehrfachauswahl möglich)

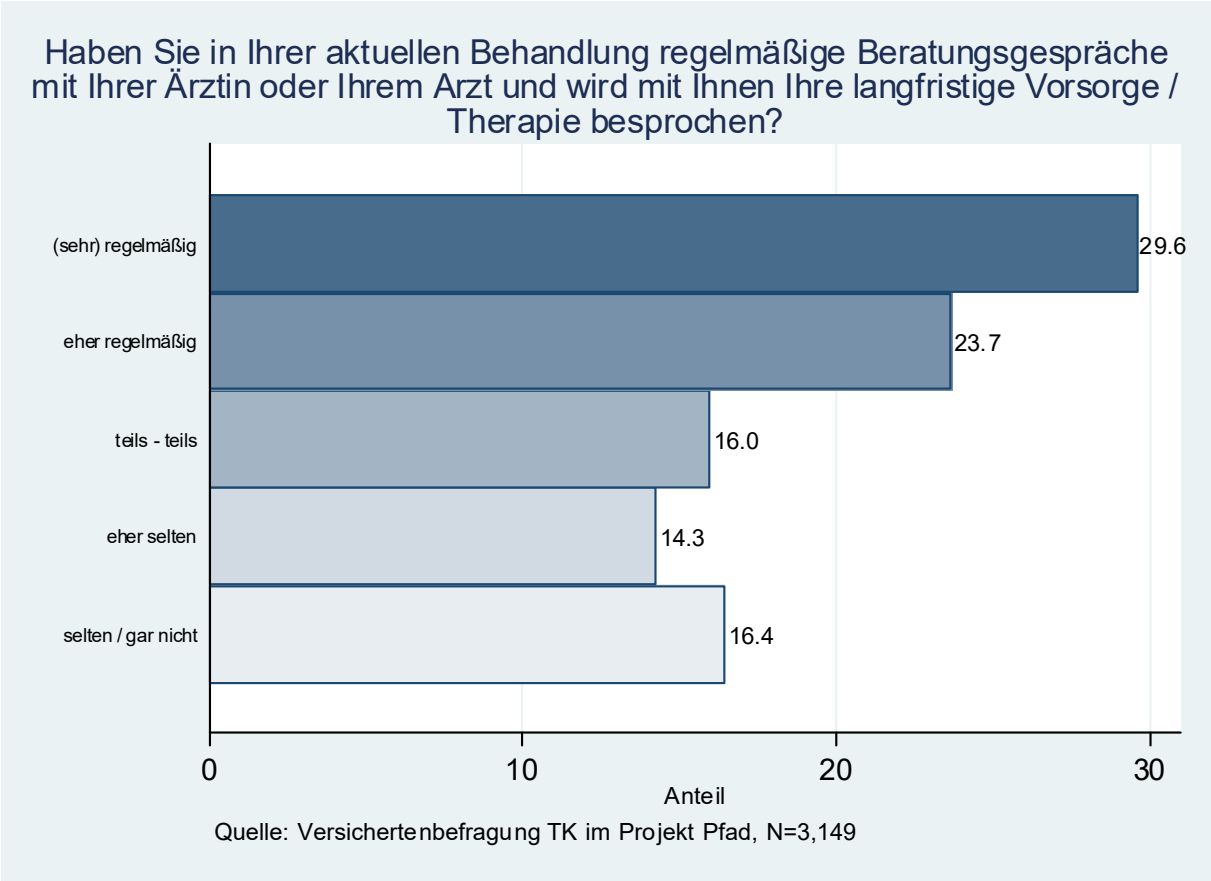
- ☐ Diabetes
- ☐ Brustkrebs
- ☐ Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt)
- ☐ Herzschwäche (z. B. Herzinsuffizienz)
- ☐ Asthma
- ☐ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Mentale oder psychische Probleme (u. a. Depression)
- ☐ Keine der genannten Erkrankungen



Frage 14:

Haben Sie in Ihrer aktuellen Behandlung regelmäßige Beratungsgespräche mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt und wird mit Ihnen Ihre langfristige Vorsorge / Therapie besprochen?

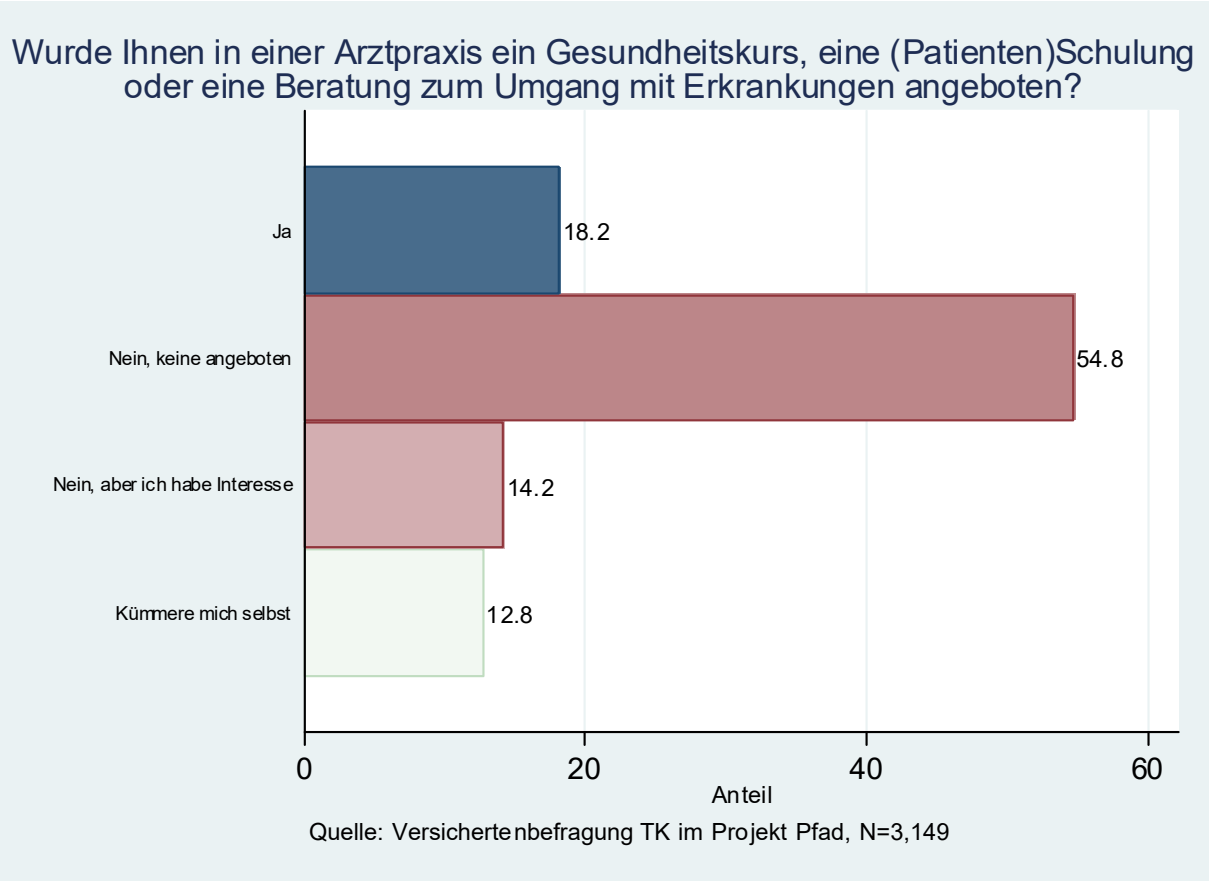
- ☐ sehr regelmäßig oder regelmäßig
- ☐ eher regelmäßig
- ☐ teils - teils
- ☐ eher selten
- ☐ selten oder gar nicht



Frage 15:

Wurde Ihnen in einer Arztpraxis ein Gesundheitskurs, eine (Patienten)Schulung oder eine Beratung zum Umgang mit Erkrankungen angeboten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, mir wurden keine Kurse, Schulungen und Beratungen angeboten.
- ☐ Nein, aber ich habe Interesse daran.
- ☐ Ich kümmere mich selbst um die Teilnahme an regelmäßigen Terminen wie Gesundheitskursen oder (Patienten-)Schulungen außerhalb der Arztpraxis.



Häufigkeit von Arztbesuchen

Frage 16:

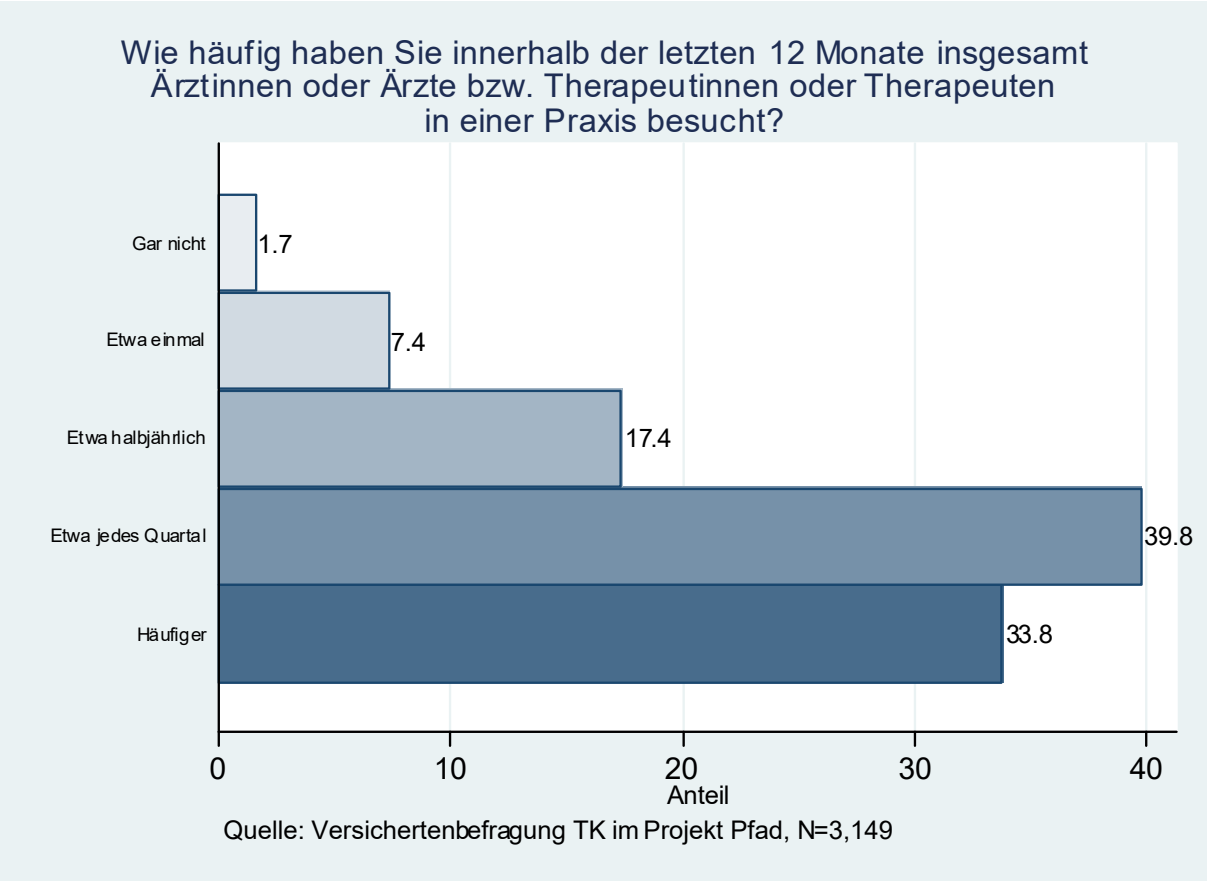
Im Folgenden möchten wir Sie zu der Häufigkeit Ihrer Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten befragen.

Hinweis: Arztkontakte werden quartalsweise erfasst. Ein Quartal ist ein Zeitraum von 3 Monaten: Januar-März, April-Juni, Juli-September, Oktober-Dezember.

a) Wie häufig haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate insgesamt Ärztinnen oder Ärzte bzw. Therapeutinnen oder Therapeuten in einer Praxis besucht?

Schätzen Sie die Häufigkeit der Arztbesuche, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

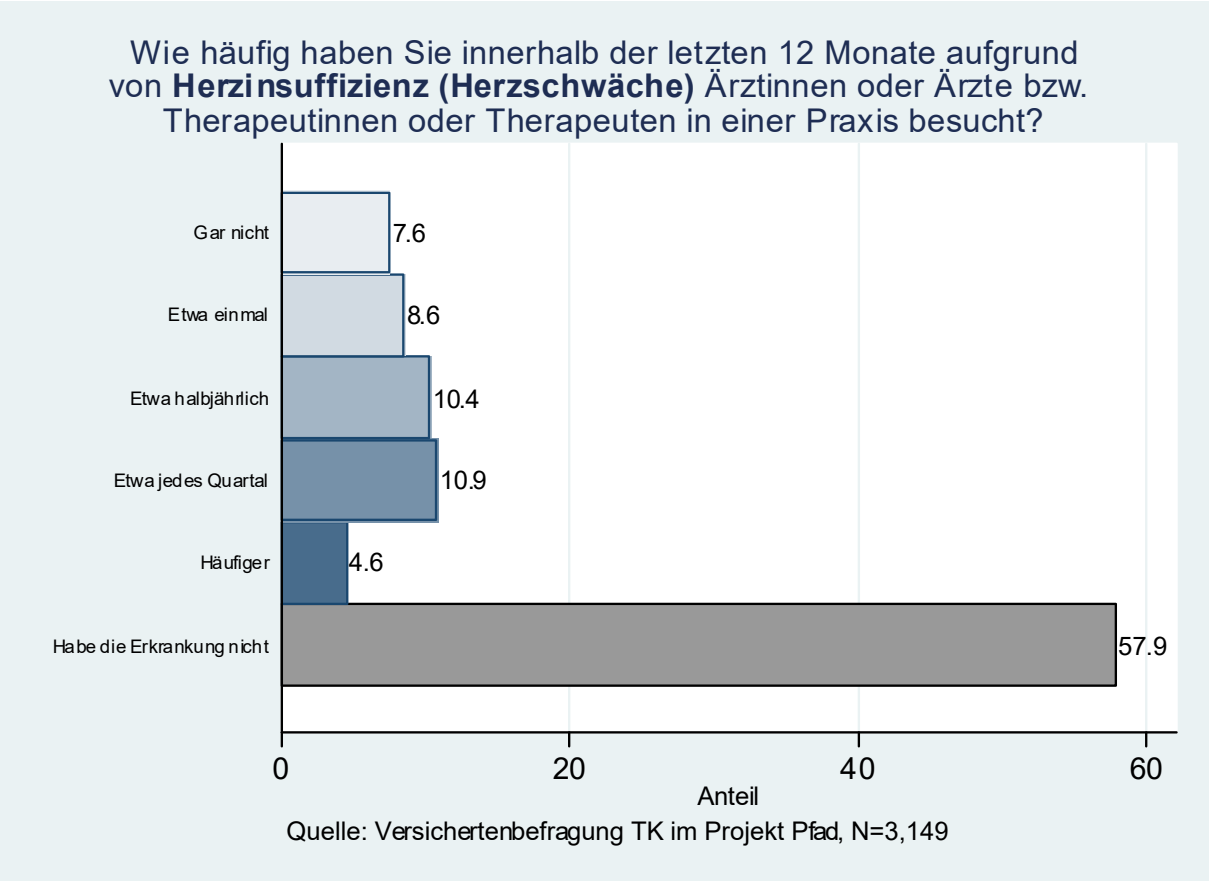
- ☐ Häufiger als einmal in jedem Quartal
- ☐ Etwa in jedem Quartal einmal
- ☐ Etwa halbjährlich
- ☐ Etwa einmal innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Gar nicht innerhalb der letzten 12 Monate



b) Wie häufig haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von Herzinsuffizienz (Herzschwäche) Ärztinnen oder Ärzte bzw. Therapeutinnen oder Therapeuten in einer Praxis besucht?

Schätzen Sie die Häufigkeit der Arztbesuche, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Hinweis: Bitte geben Sie nur diejenigen Kontakte mit Bezug auf die genannte Erkrankung in Arztpraxen an.

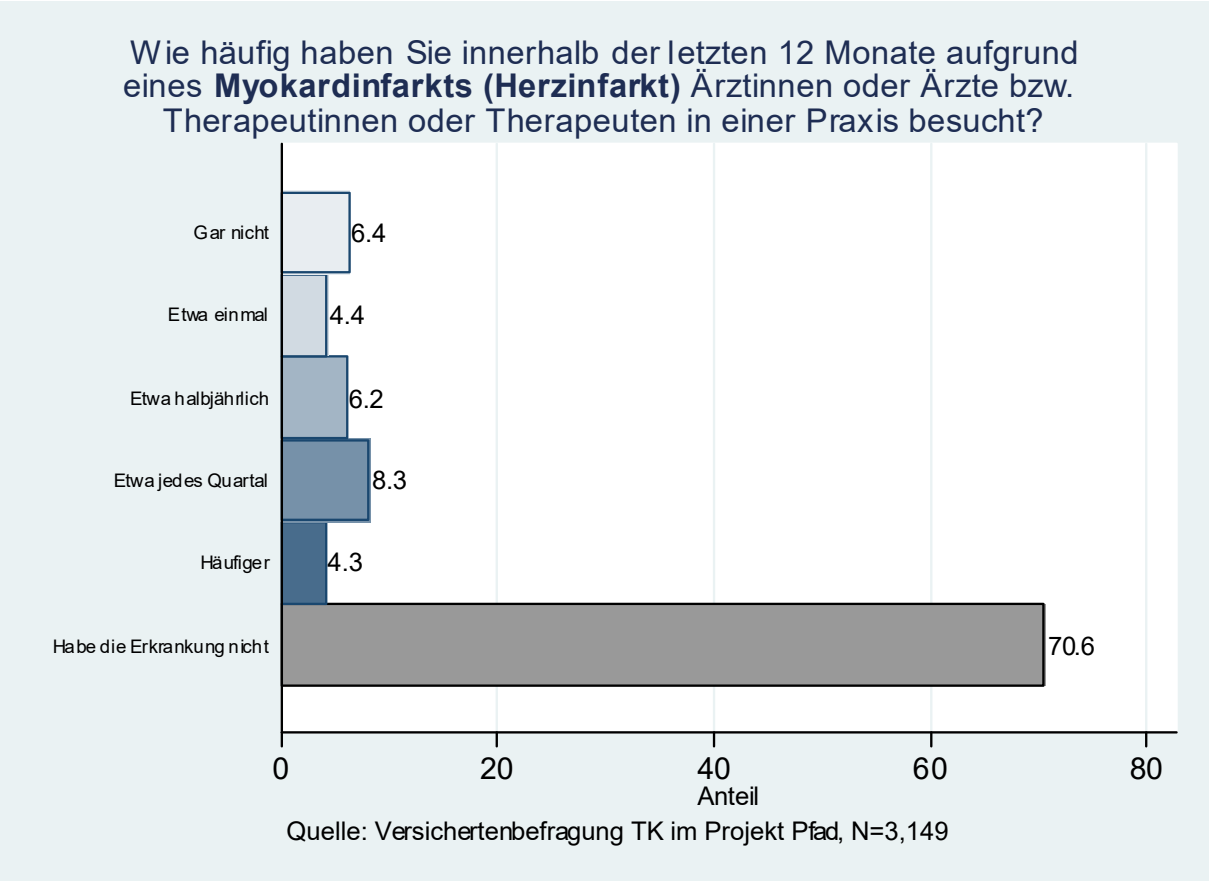
- ☐ Häufiger als einmal in jedem Quartal
- ☐ Etwa in jedem Quartal einmal
- ☐ Etwa halbjährlich
- ☐ Etwa einmal innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Gar nicht innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Ich habe die Erkrankung nicht



c) Wie häufig haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund eines Myokardinfarkts (Herzinfarkt) Ärztinnen oder Ärzte bzw. Therapeutinnen oder Therapeuten in einer Praxis besucht?

Schätzen Sie die Häufigkeit der Arztbesuche, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Hinweis: Bitte geben Sie nur diejenigen Kontakte mit Bezug auf die genannte Erkrankung in Arztpraxen an.

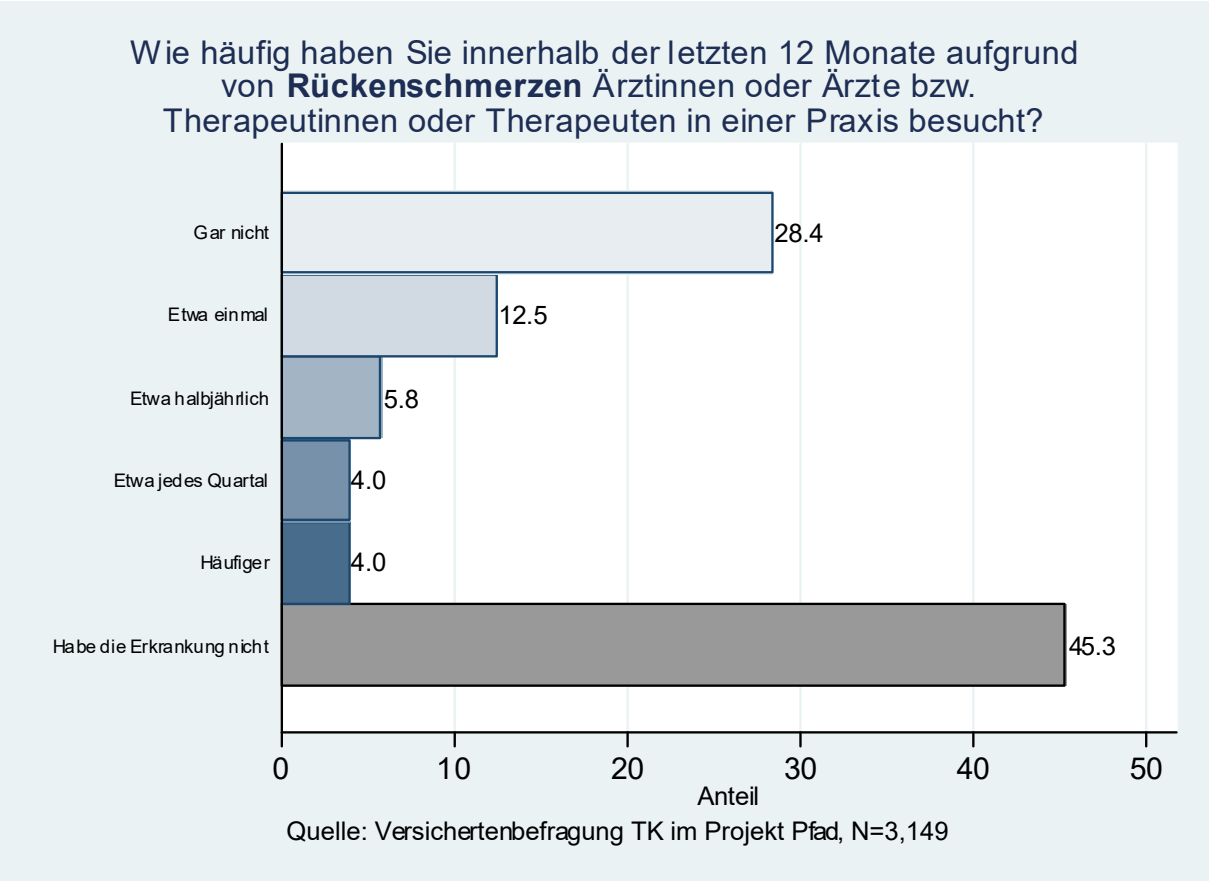
- ☐ Häufiger als einmal in jedem Quartal
- ☐ Etwa in jedem Quartal einmal
- ☐ Etwa halbjährlich
- ☐ Etwa einmal innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Gar nicht innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Ich habe die Erkrankung nicht



d) Wie häufig haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von Rückenschmerzen Ärztinnen oder Ärzte bzw. Therapeutinnen oder Therapeuten in einer Praxis besucht?

Schätzen Sie die Häufigkeit der Arztbesuche, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Hinweis: Bitte geben Sie nur diejenigen Kontakte mit Bezug auf die genannte Erkrankung in Arztpraxen an.

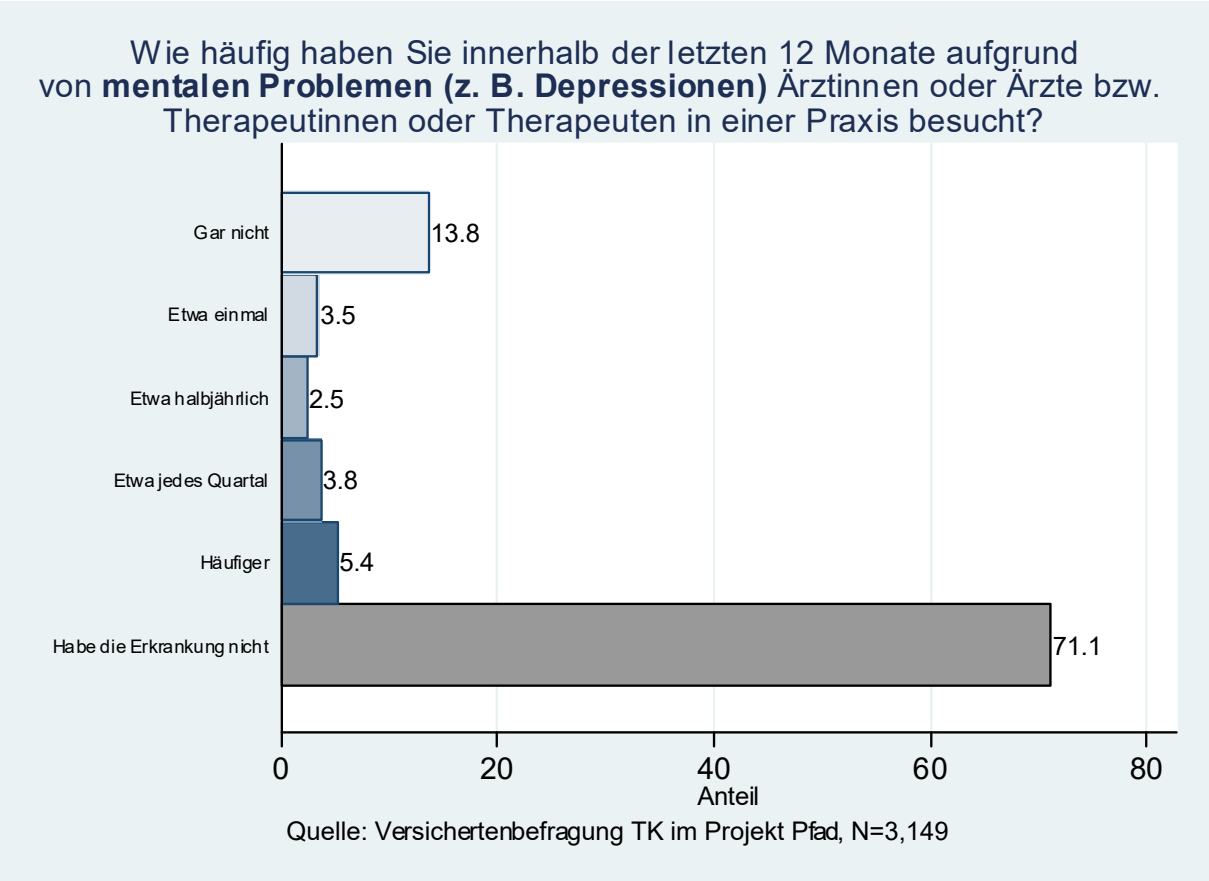
- ☐ Häufiger als einmal in jedem Quartal
- ☐ Etwa in jedem Quartal einmal
- ☐ Etwa halbjährlich
- ☐ Etwa einmal innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Gar nicht innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Ich habe die Erkrankung nicht



e) Wie häufig haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate aufgrund von mentalen Problemen (z. B. Depressionen) Ärztinnen oder Ärzte bzw. Therapeutinnen oder Therapeuten in einer Praxis besucht?

Schätzen Sie die Häufigkeit der Arztbesuche, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind. Hinweis: Bitte geben Sie nur diejenigen Kontakte mit Bezug auf die genannte Erkrankung in Arztpraxen an.

- ☐ Häufiger als einmal in jedem Quartal
- ☐ Etwa in jedem Quartal einmal
- ☐ Etwa halbjährlich
- ☐ Etwa einmal innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Gar nicht innerhalb der letzten 12 Monate
- ☐ Ich habe die Erkrankung nicht

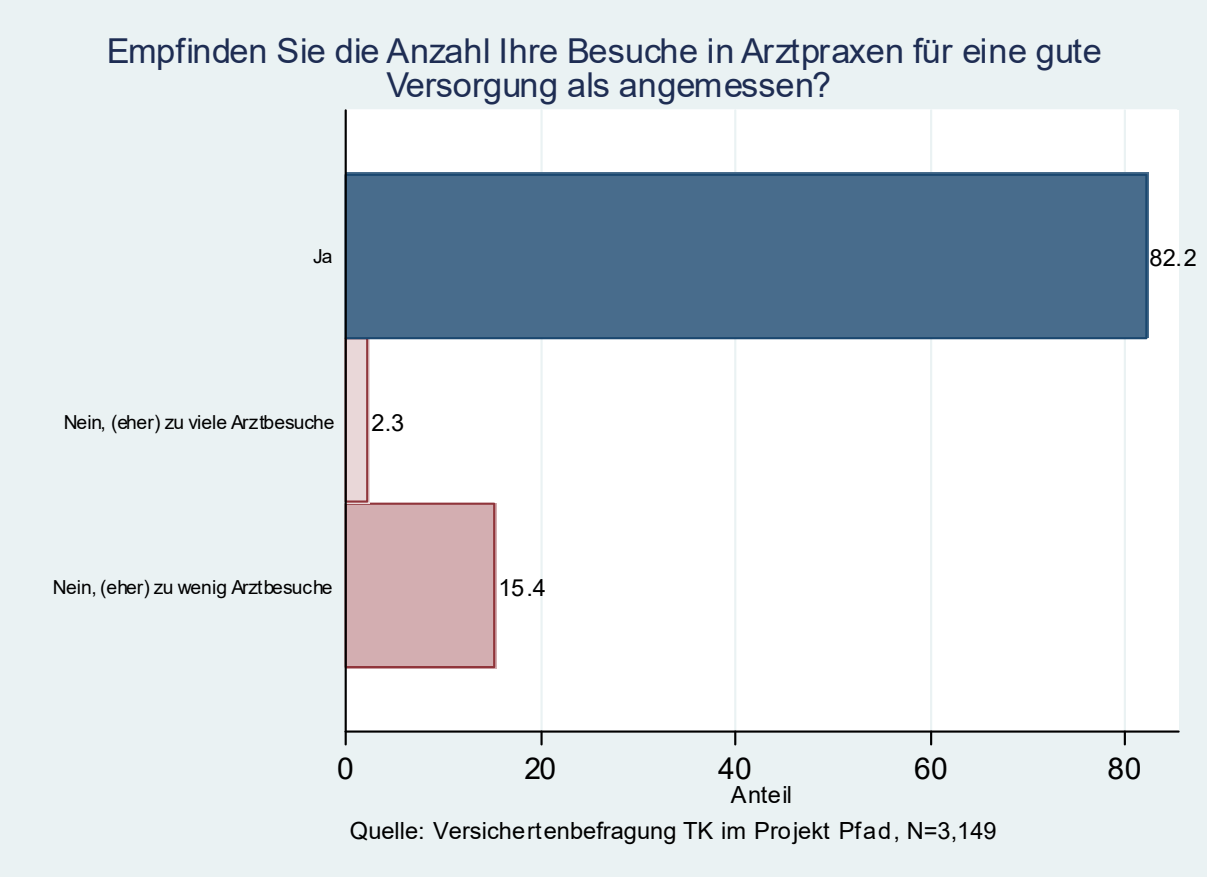


Wie steht es um Ihre eigene Gesundheitsversorgung?

Frage 17:

Empfinden Sie die Anzahl Ihre Besuche in Arztpraxen für eine gute Versorgung als angemessen?

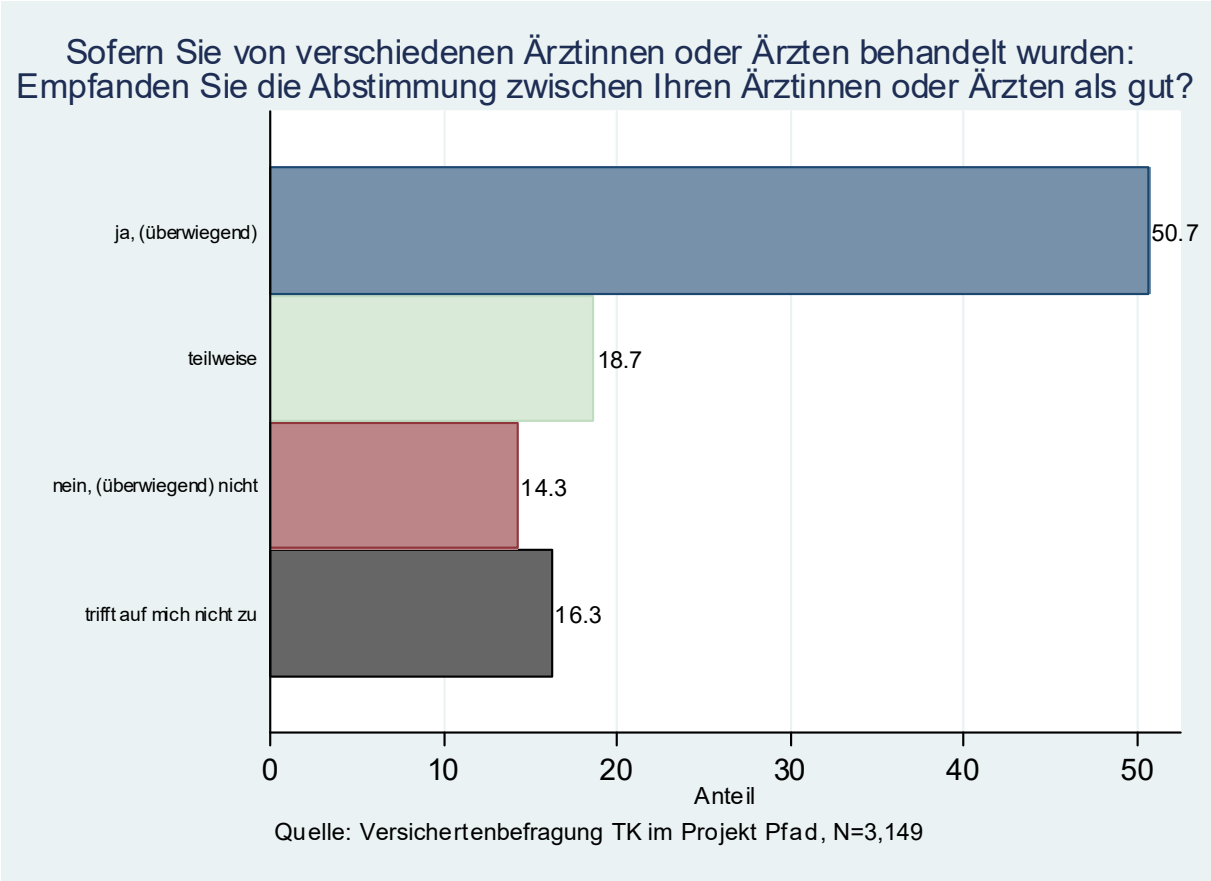
- ☐ Ja.
- ☐ Nein, aus meiner Sicht waren es (eher) zu wenig Arztbesuche.
- ☐ Nein, aus meiner Sicht waren es (eher) zu viele Arztbesuche.



Frage 18:

Sofern Sie von verschiedenen Ärztinnen oder Ärzten behandelt wurden: Empfanden Sie die Abstimmung zwischen Ihren Ärztinnen oder Ärzten als gut?

- ☐ Ja, voll und ganz.
- ☐ Ja, überwiegend.
- ☐ Teilweise.
- ☐ Nein, überwiegend nicht.
- ☐ Nein, überhaupt nicht.
- ☐ Trifft auf mich nicht zu.



Gesundheitsversorgung im Umkreis

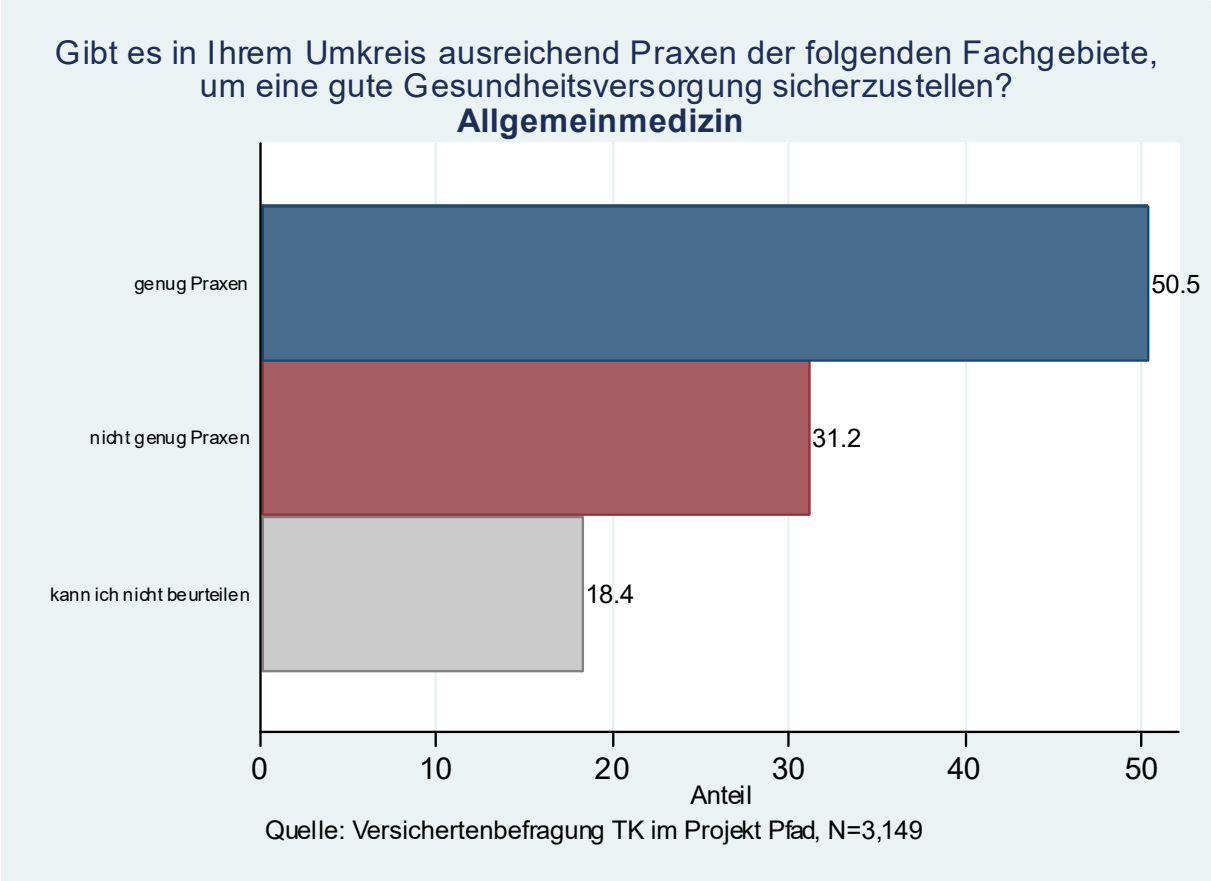
Frage 19:

Gibt es in Ihrem Umkreis ausreichend Praxen der folgenden Fachgebiete, um eine gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen?

Hinweis: Die Frage bezieht sich auf Praxen, die gesetzlich Versicherte (TK-Versicherte) behandeln. Ausgenommen sind Praxen, die ausschließlich Privatversicherte behandeln bzw. nur Privatleistungen abrechnen.

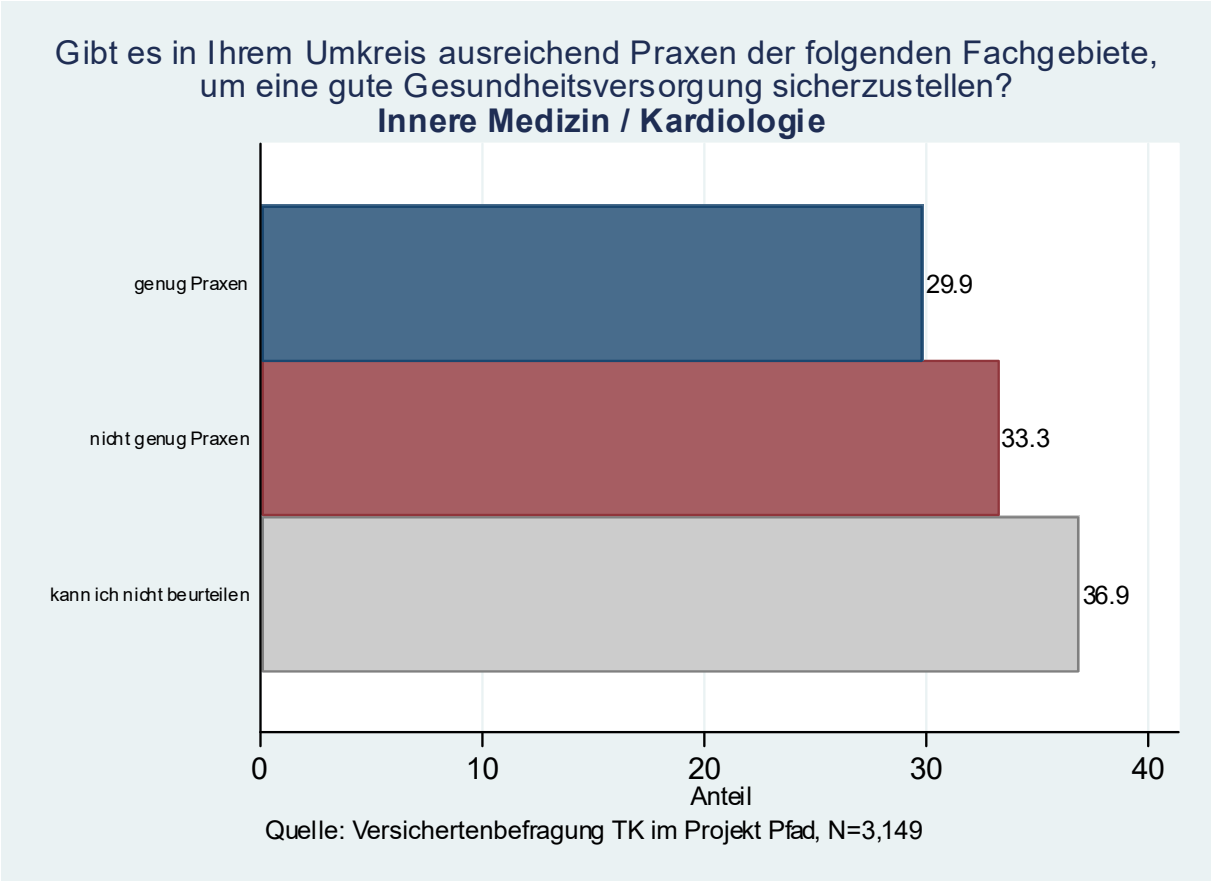
a) Allgemeinmedizin

☐ Es gibt genug Praxen.
☐ Es gibt nicht genug Praxen.
☐ Kann ich nicht beurteilen.



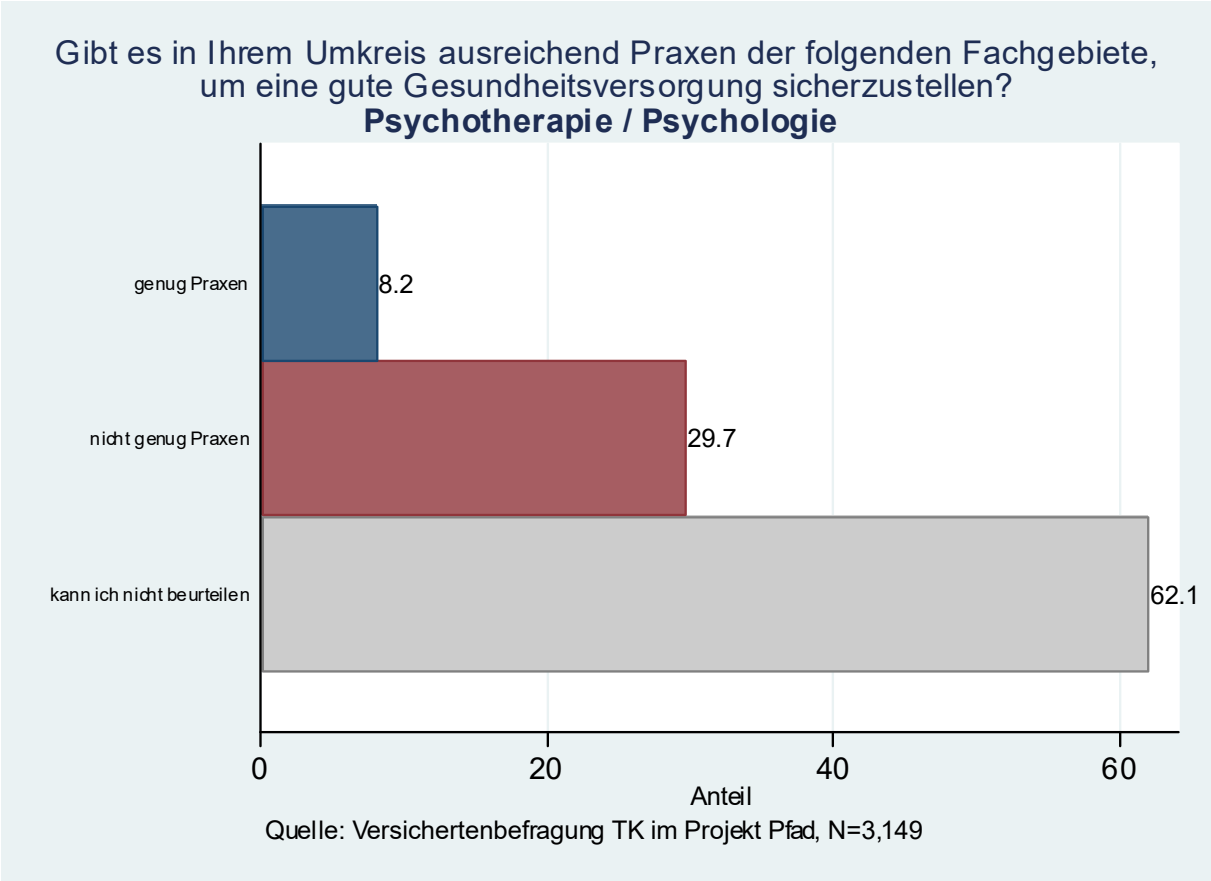
b) Innere Medizin / Kardiologie

☐ Es gibt genug Praxen.
☐ Es gibt nicht genug Praxen.
☐ Kann ich nicht beurteilen.



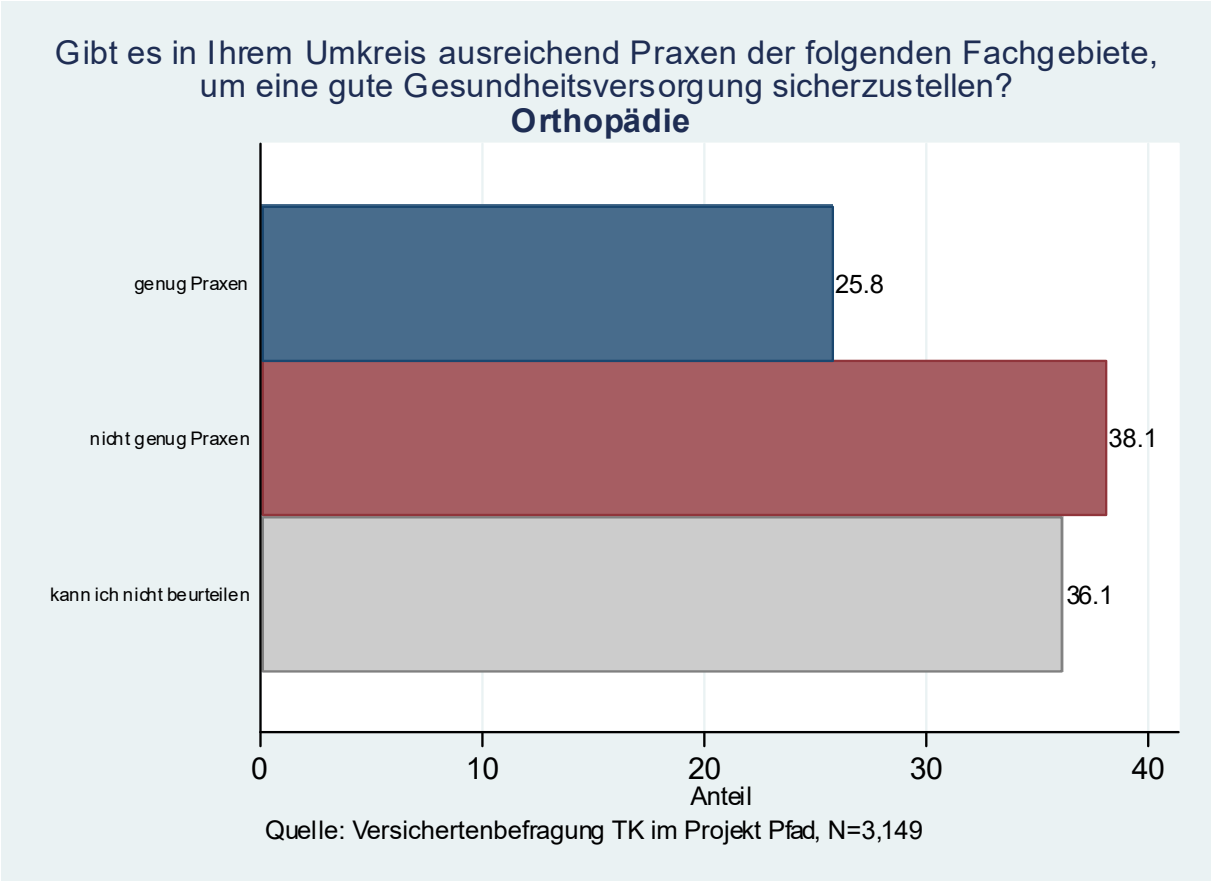
c) Psychotherapie / Psychologie

☐ Es gibt genug Praxen.
☐ Es gibt nicht genug Praxen.
☐ Kann ich nicht beurteilen.



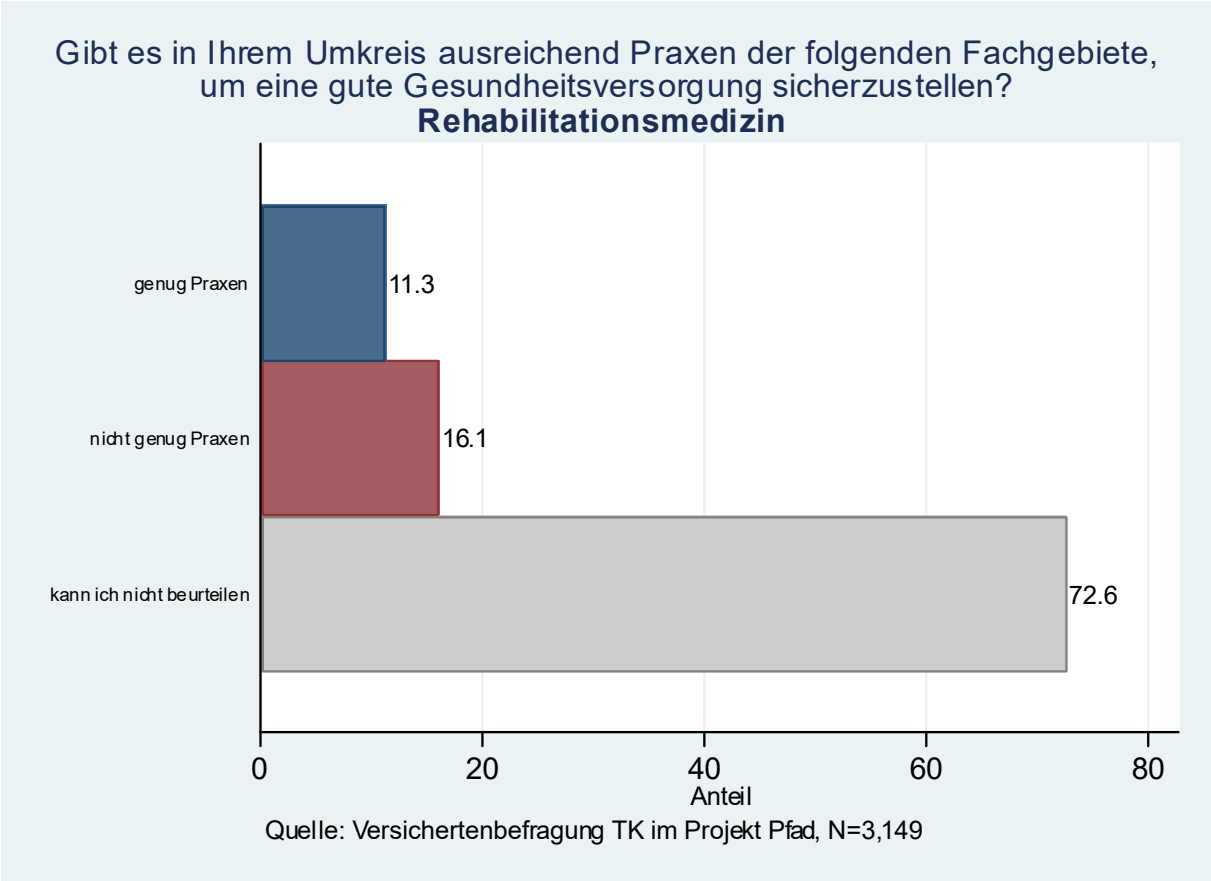
d) Orthopädie

☐ Es gibt genug Praxen.
☐ Es gibt nicht genug Praxen.
☐ Kann ich nicht beurteilen.



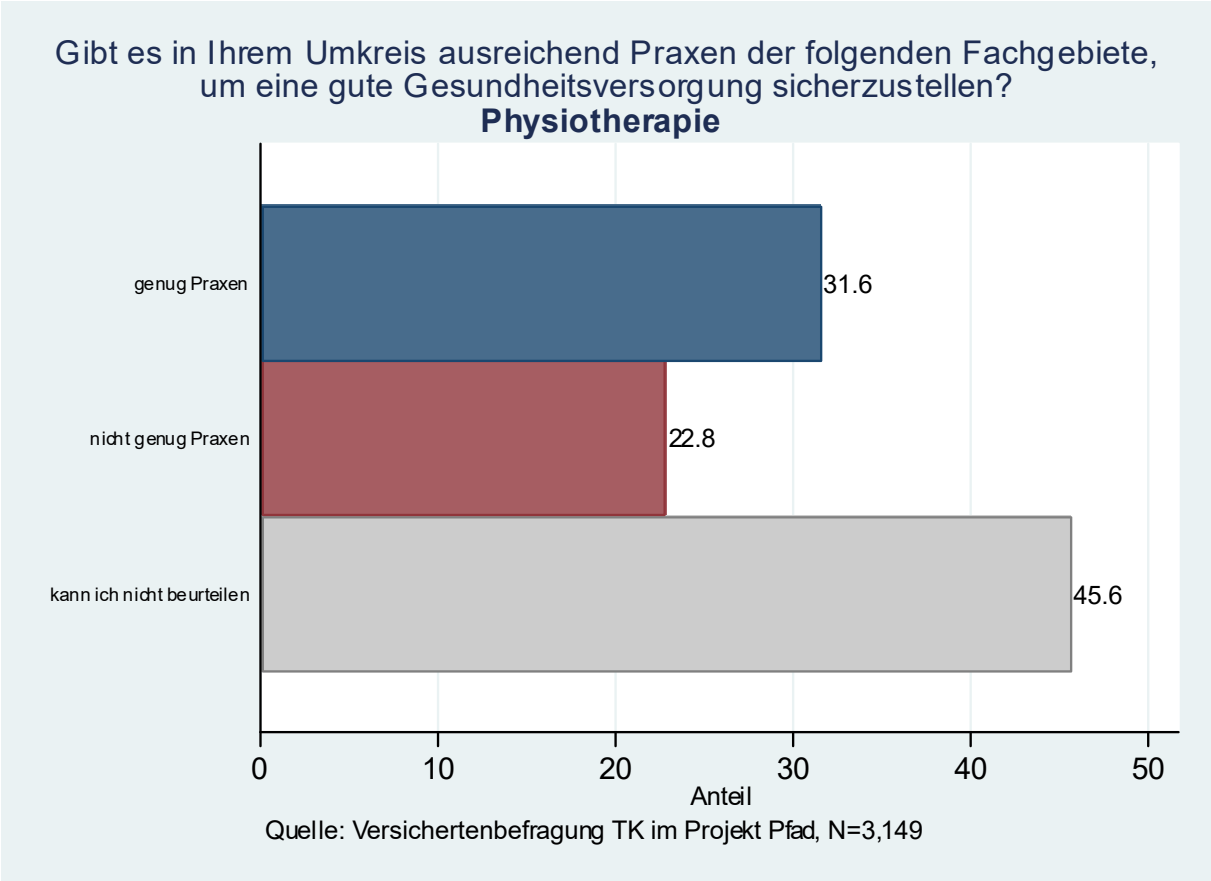
e) Rehabilitationsmedizin

☐ Es gibt genug Praxen.
☐ Es gibt nicht genug Praxen.
☐ Kann ich nicht beurteilen.



f) Physiotherapie

☐ Es gibt genug Praxen.
☐ Es gibt nicht genug Praxen.
☐ Kann ich nicht beurteilen



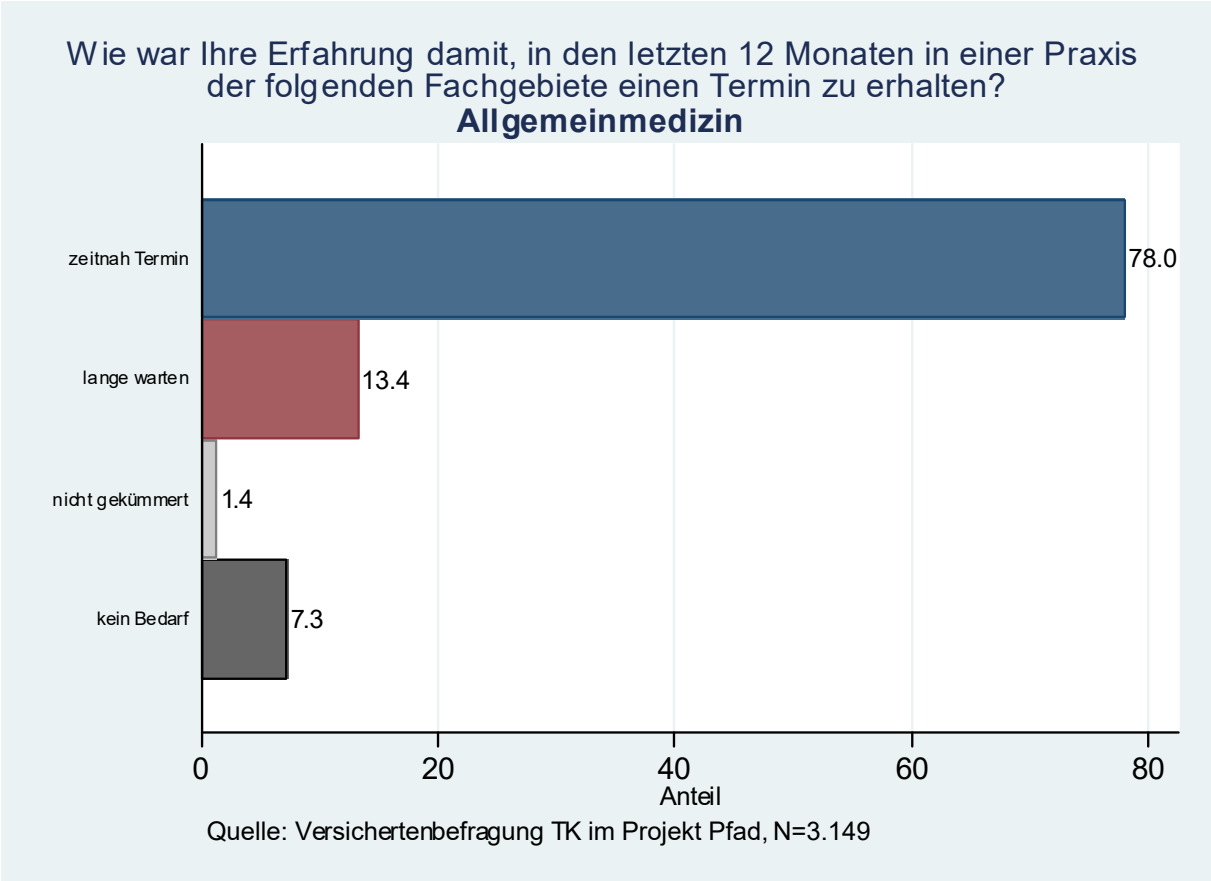
Terminfindung

Frage 20:

Wie war Ihre Erfahrung damit, in den letzten 12 Monaten in einer Praxis der folgenden Fachgebiete einen Termin zu erhalten?

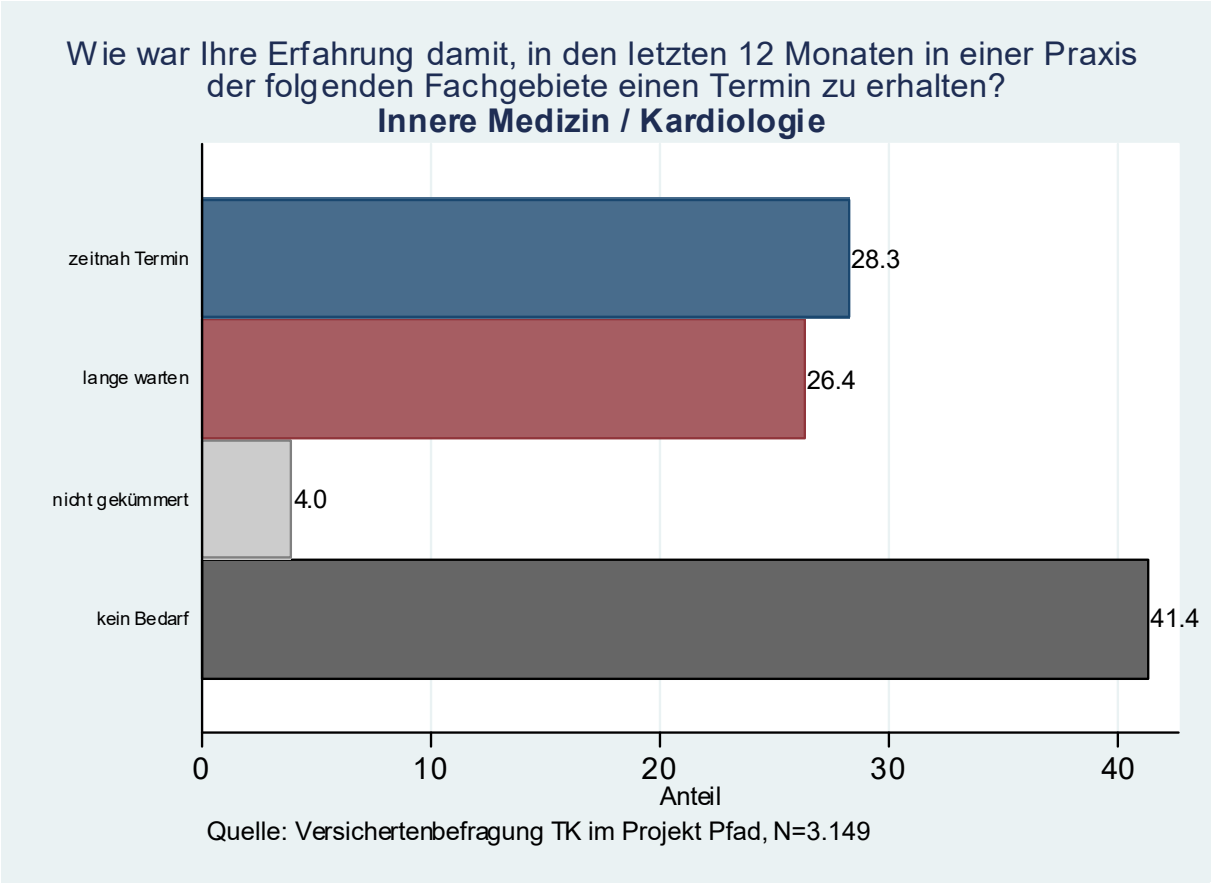
a) Allgemeinmedizin

- ☐ Ich hatte keinen Bedarf.
- ☐ Ich habe (meist) zeitnah einen Termin / Termine erhalten.
- ☐ Ich musste in der Regel lange auf einen Termin / Termine warten.
- ☐ Ich hatte Bedarf, habe mich aber nicht um einen Termin gekümmert.



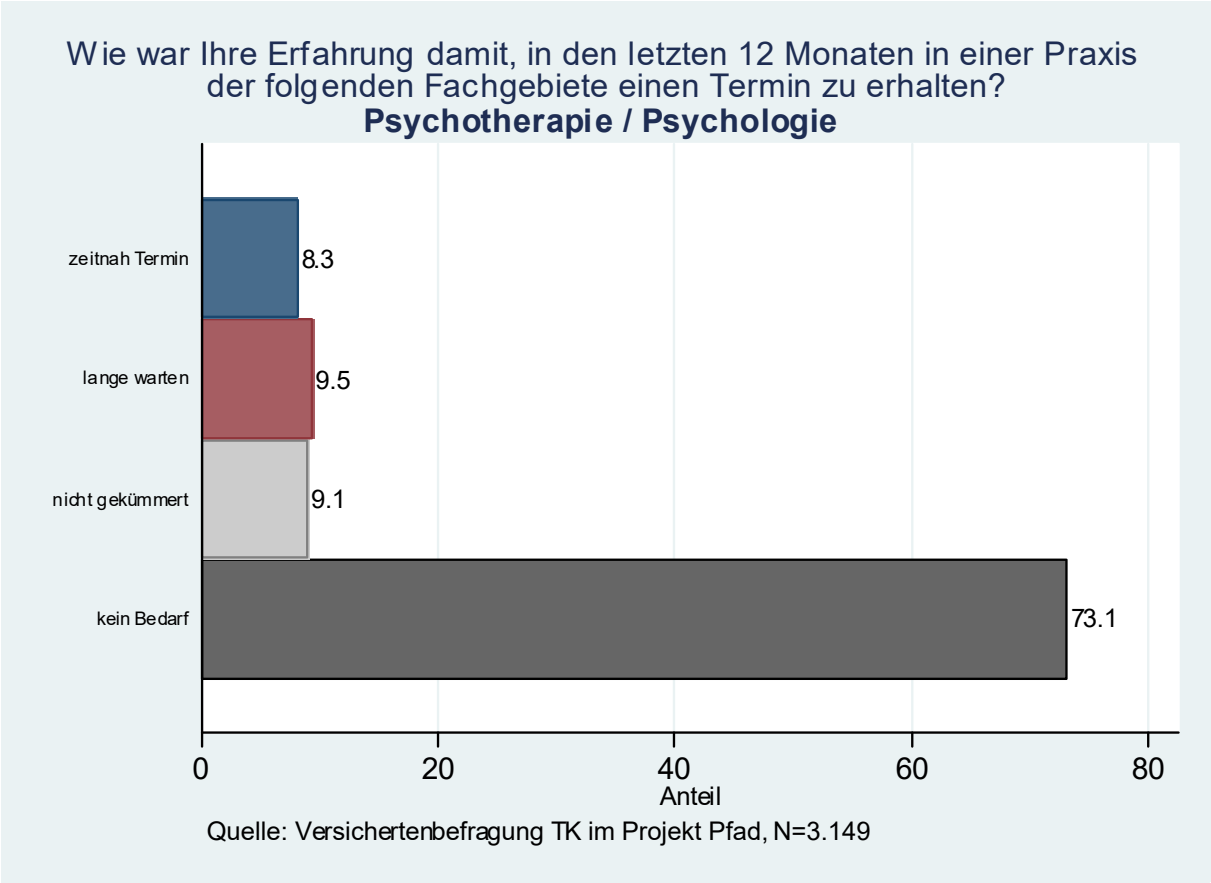
b) Innere Medizin / Kardiologie

☐ Ich hatte keinen Bedarf.
☐ Ich habe (meist) zeitnah einen Termin / Termine erhalten.
☐ Ich musste in der Regel lange auf einen Termin / Termine warten.
☐ Ich hatte Bedarf, habe mich aber nicht um einen Termin gekümmert.



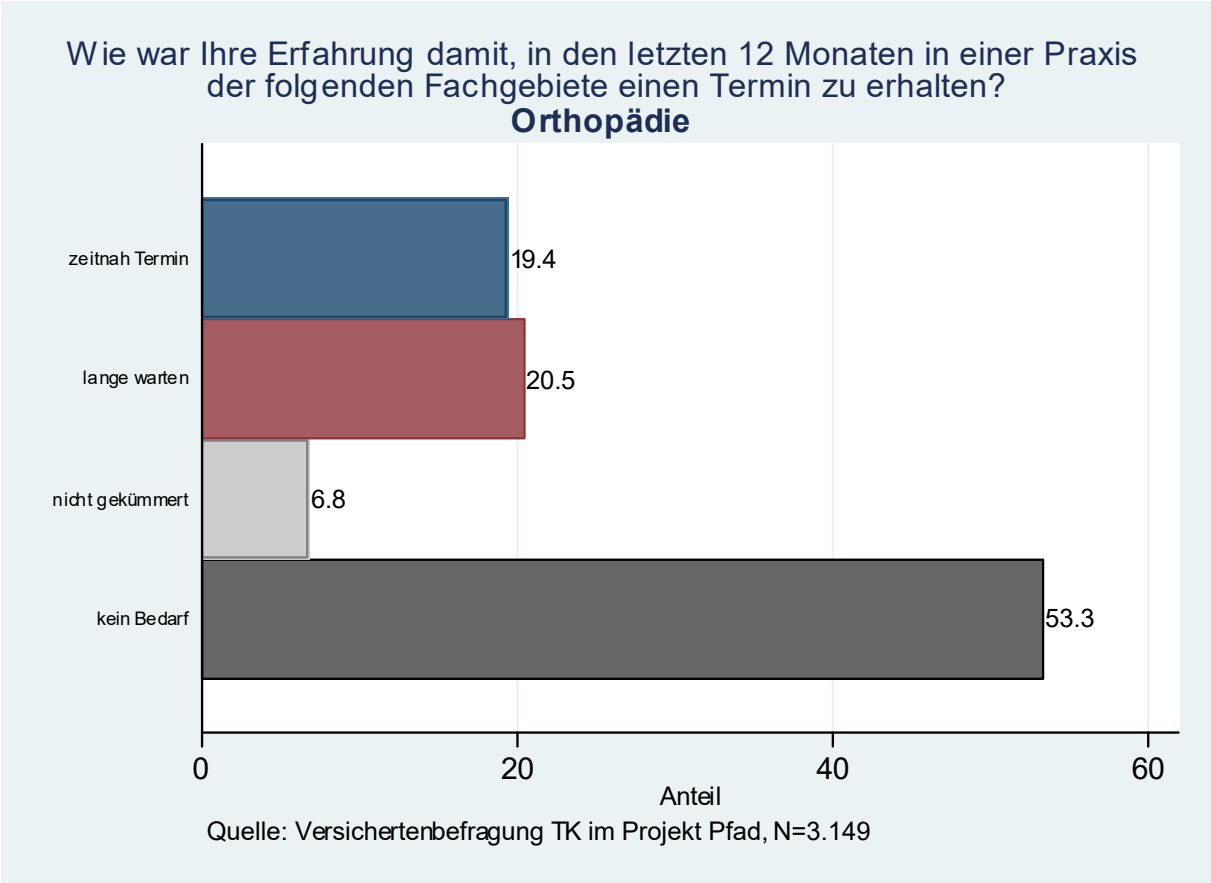
c) Psychotherapie / Psychologie

☐ Ich hatte keinen Bedarf.
☐ Ich habe (meist) zeitnah einen Termin / Termine erhalten.
☐ Ich musste in der Regel lange auf einen Termin / Termine warten.
☐ Ich hatte Bedarf, habe mich aber nicht um einen Termin gekümmert.



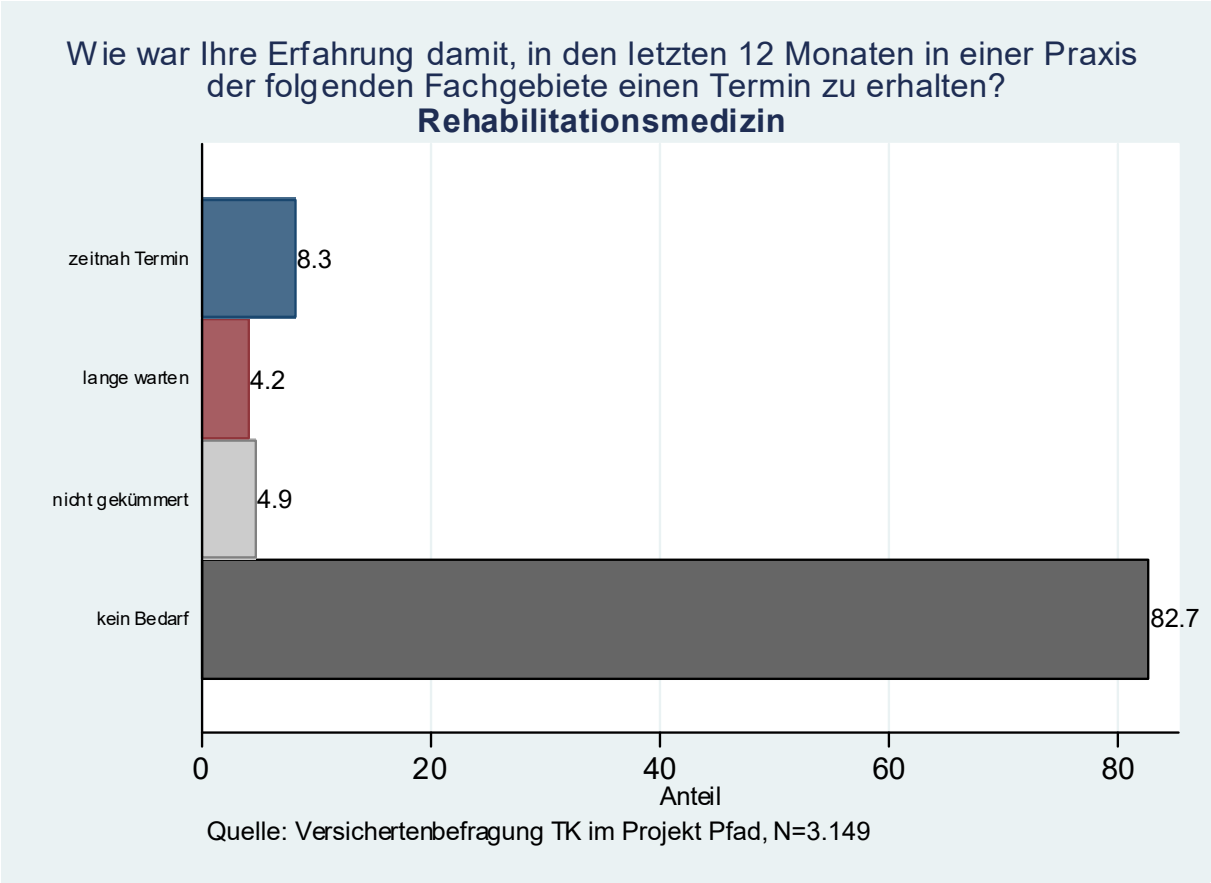
d) Orthopädie

☐ Ich hatte keinen Bedarf.
☐ Ich habe (meist) zeitnah einen Termin / Termine erhalten.
☐ Ich musste in der Regel lange auf einen Termin / Termine warten.
☐ Ich hatte Bedarf, habe mich aber nicht um einen Termin gekümmert.



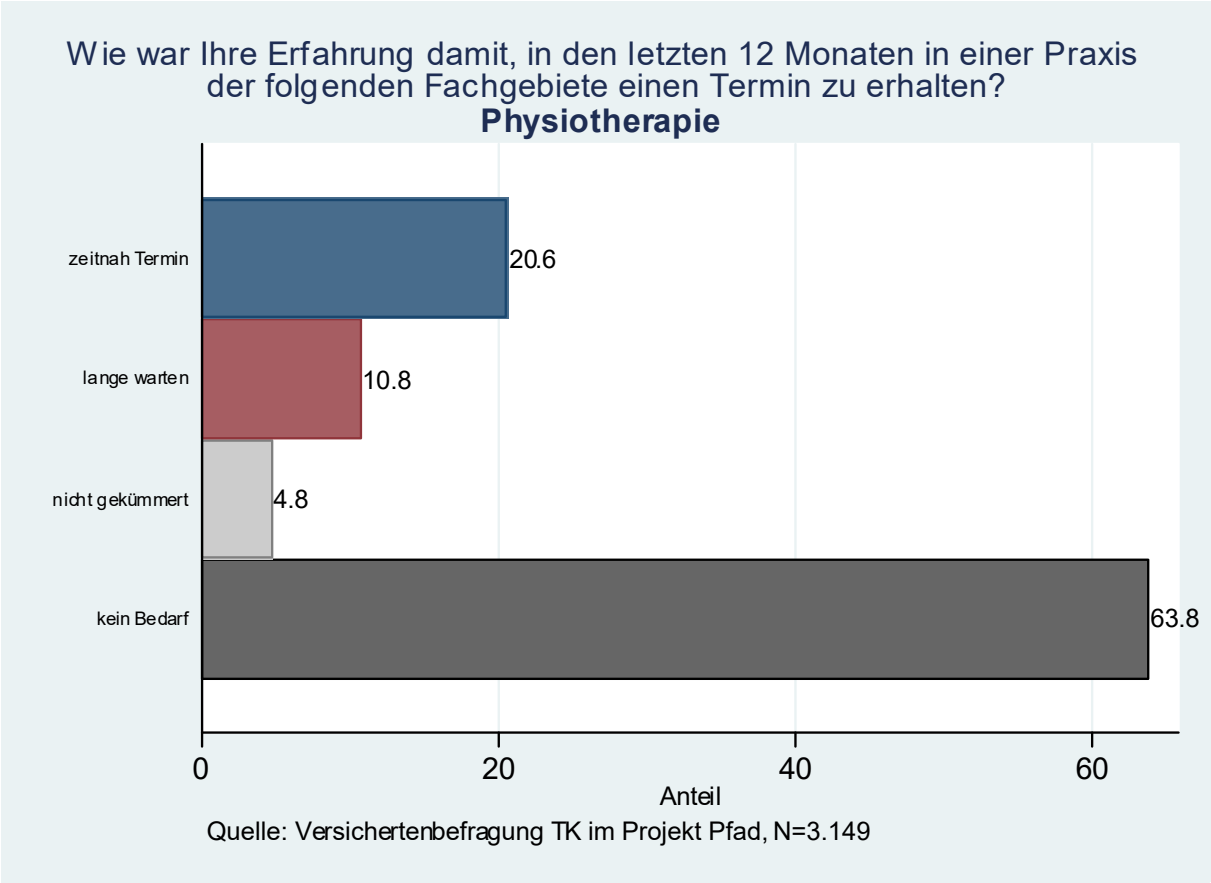
e) Rehabilitationsmedizin

☐ Ich hatte keinen Bedarf.
☐ Ich habe (meist) zeitnah einen Termin / Termine erhalten.
☐ Ich musste in der Regel lange auf einen Termin / Termine warten.
☐ Ich hatte Bedarf, habe mich aber nicht um einen Termin gekümmert.



f) Physiotherapie

☐ Ich hatte keinen Bedarf.
☐ Ich habe (meist) zeitnah einen Termin / Termine erhalten.
☐ Ich musste in der Regel lange auf einen Termin / Termine warten.
☐ Ich hatte Bedarf, habe mich aber nicht um einen Termin gekümmert.

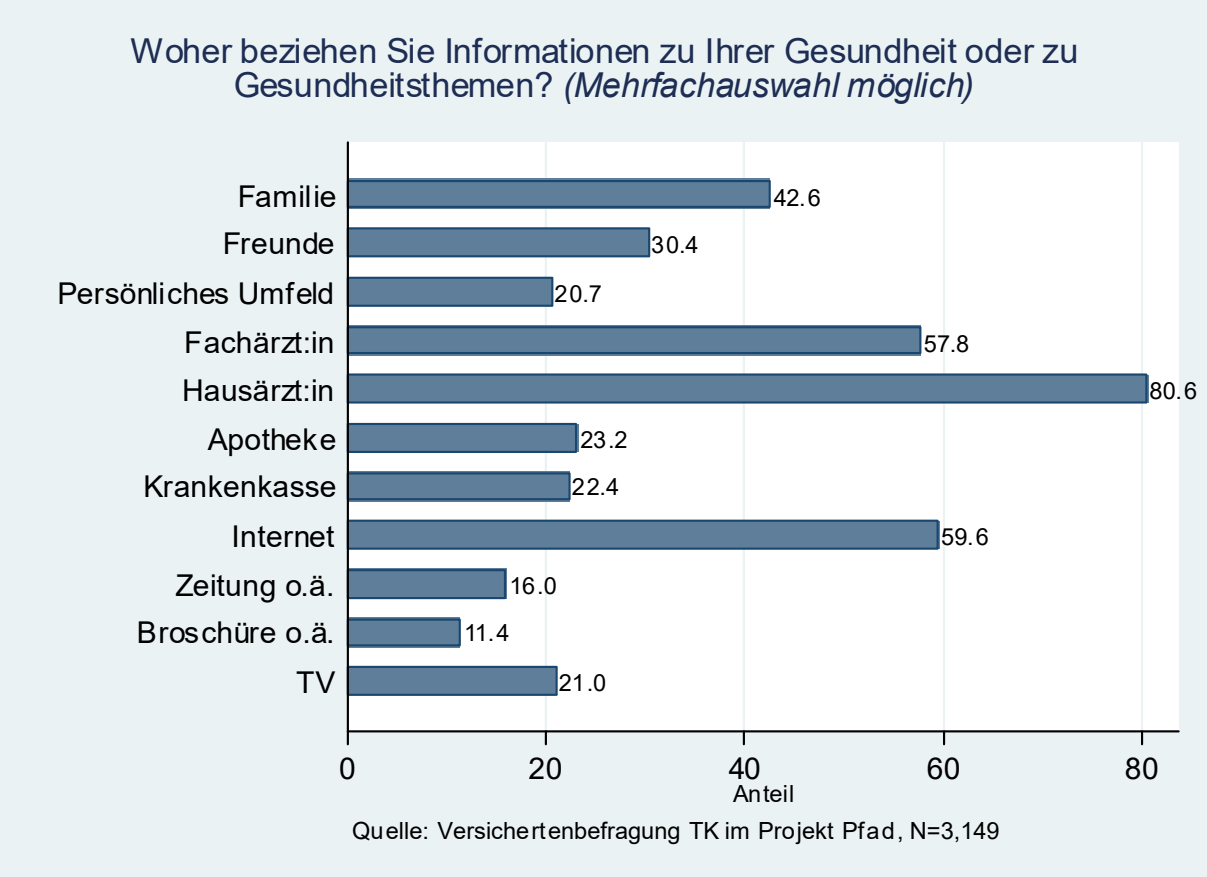


Gesundheitsinformationen

Frage 21:

Woher beziehen Sie Informationen zu Ihrer Gesundheit oder zu Gesundheitsthemen?
(Mehrfachauswahl möglich)

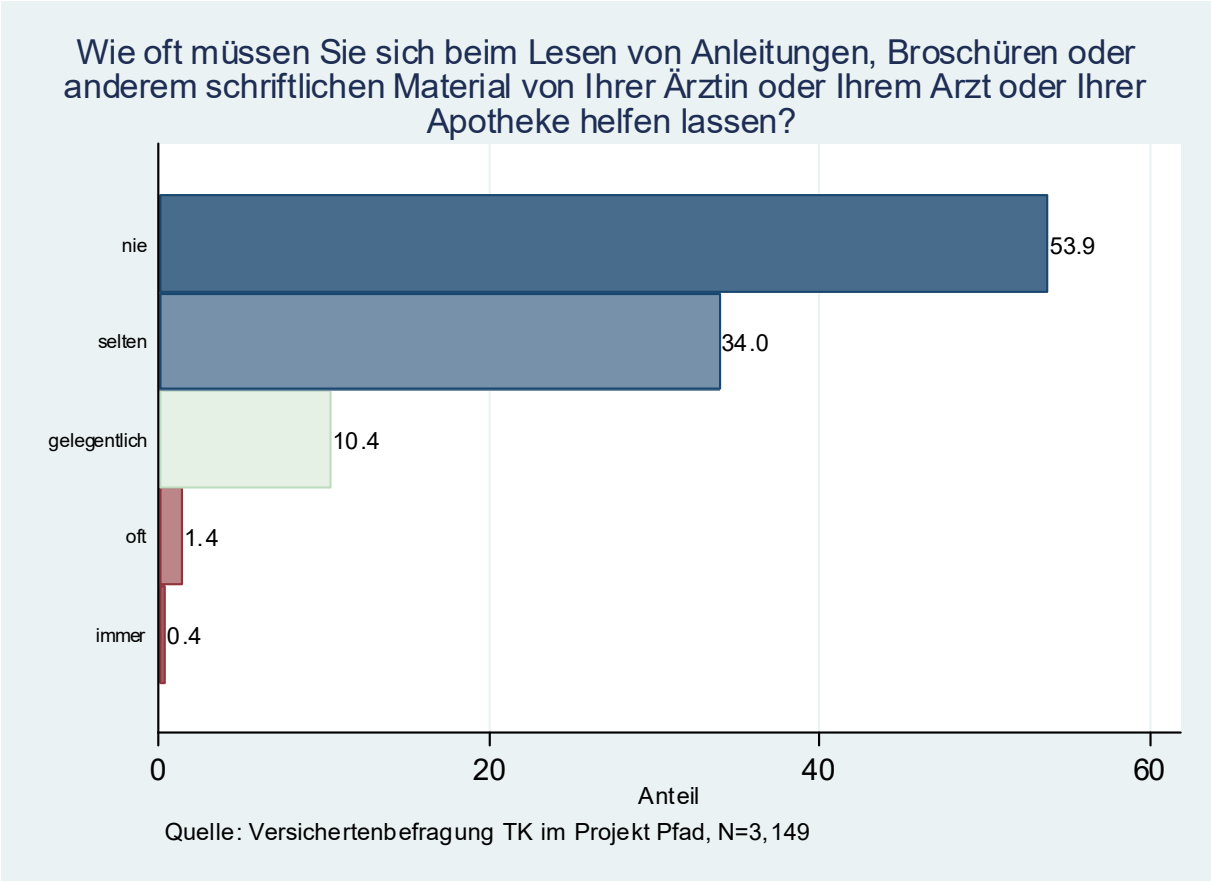
- ☐ Familie
- ☐ Freunde
- ☐ Weiteres persönliches Umfeld
- ☐ Fachärztin oder Facharzt
- ☐ Hausärztin oder Hausarzt
- ☐ Apotheke/n
- ☐ Krankenkasse
- ☐ Internetrecherche
- ☐ Printmedien (Zeitungen oder Zeitschriften)
- ☐ Broschüre, Flyer und Informationsmaterial
- ☐ TV / Fernsehen
- ☐ Sonstiges (bitte benennen): _____



Frage 22:

Wie oft müssen Sie sich beim Lesen von Anleitungen, Broschüren oder anderem schriftlichen Material von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt oder Ihrer Apotheke helfen lassen?

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Oft
- ☐ Immer



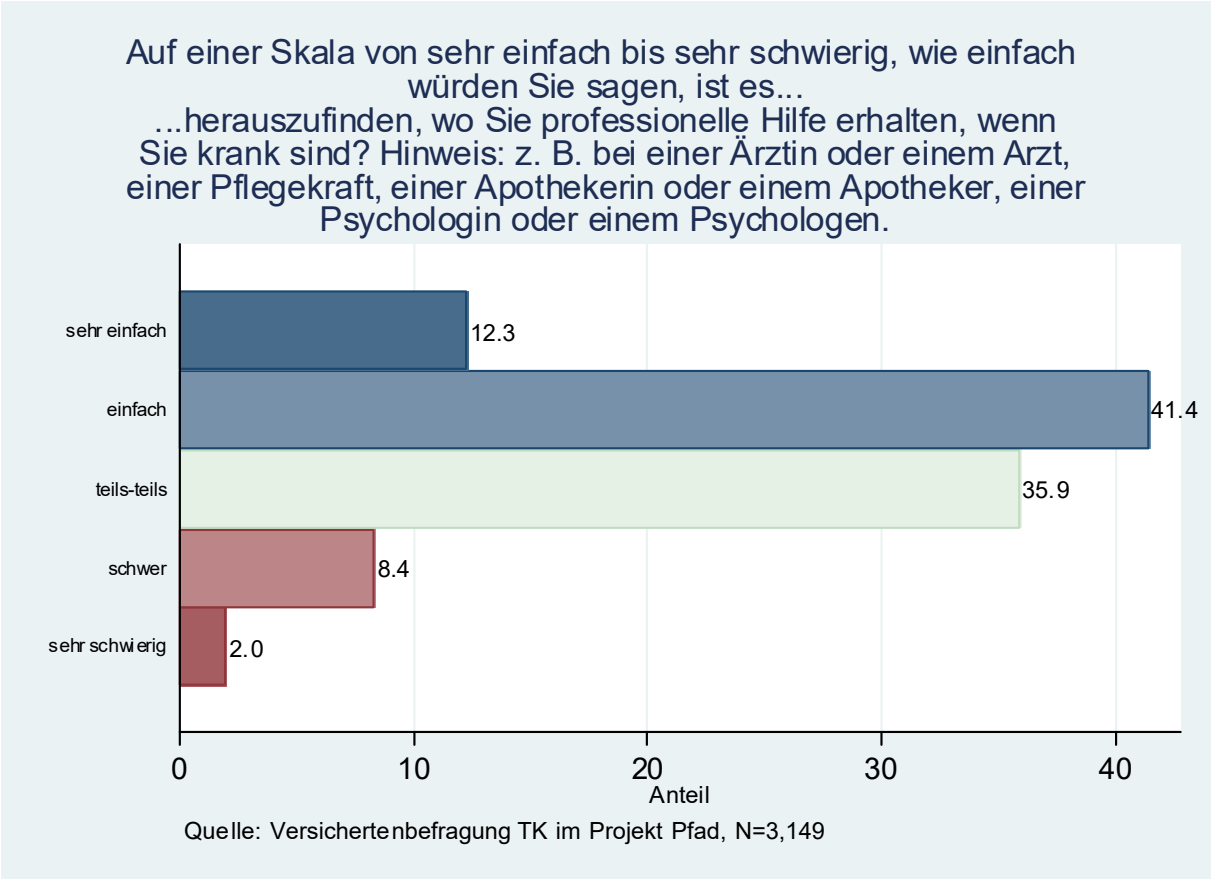
Unterstützung bei der Behandlung

Frage 23:

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie einfach würden Sie sagen, ist es ...

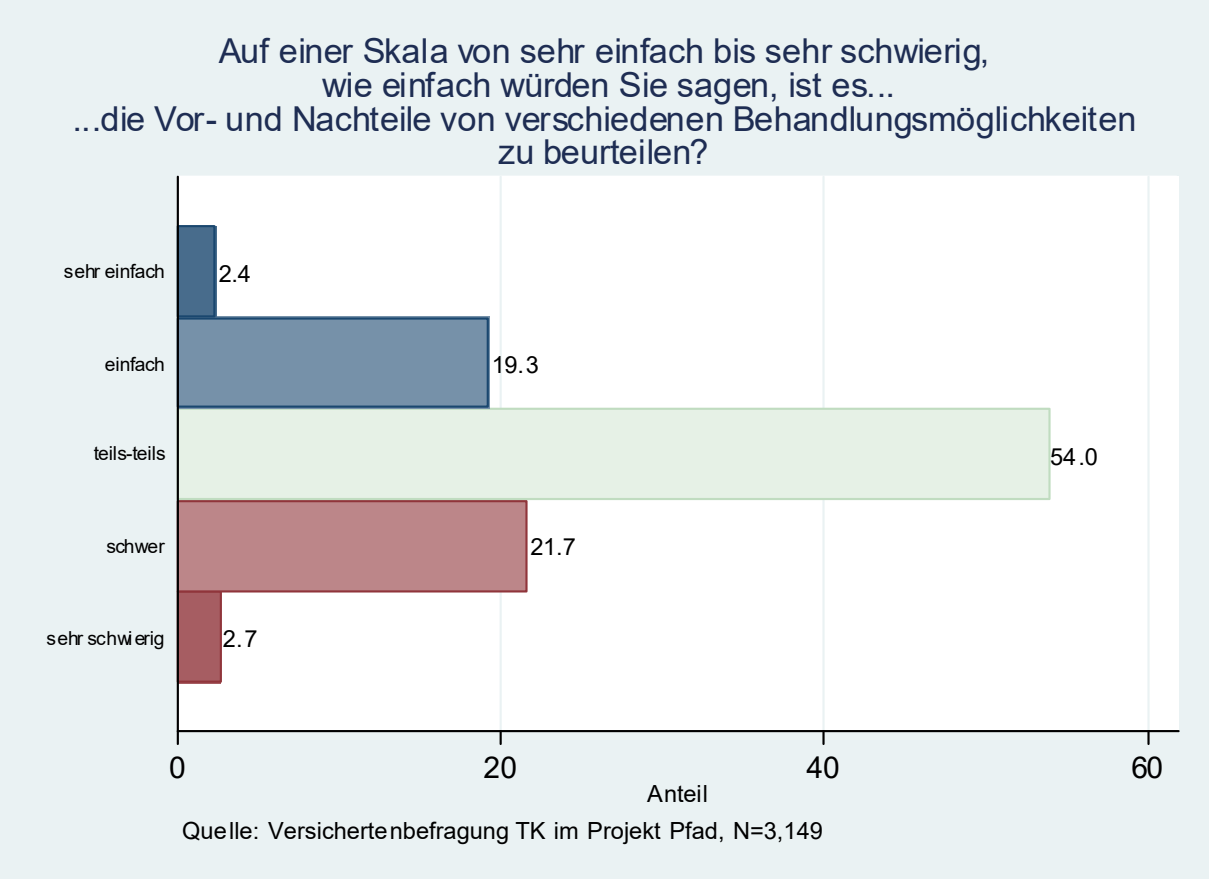
a) ... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?
Hinweis: z. B. bei einer Ärztin oder einem Arzt, einer Pflegekraft, einer Apothekerin oder einem Apotheker, einer Psychologin oder einem Psychologen.

- ☐ sehr einfach
- ☐ einfach
- ☐ teils - teils
- ☐ schwer
- ☐ sehr schwierig



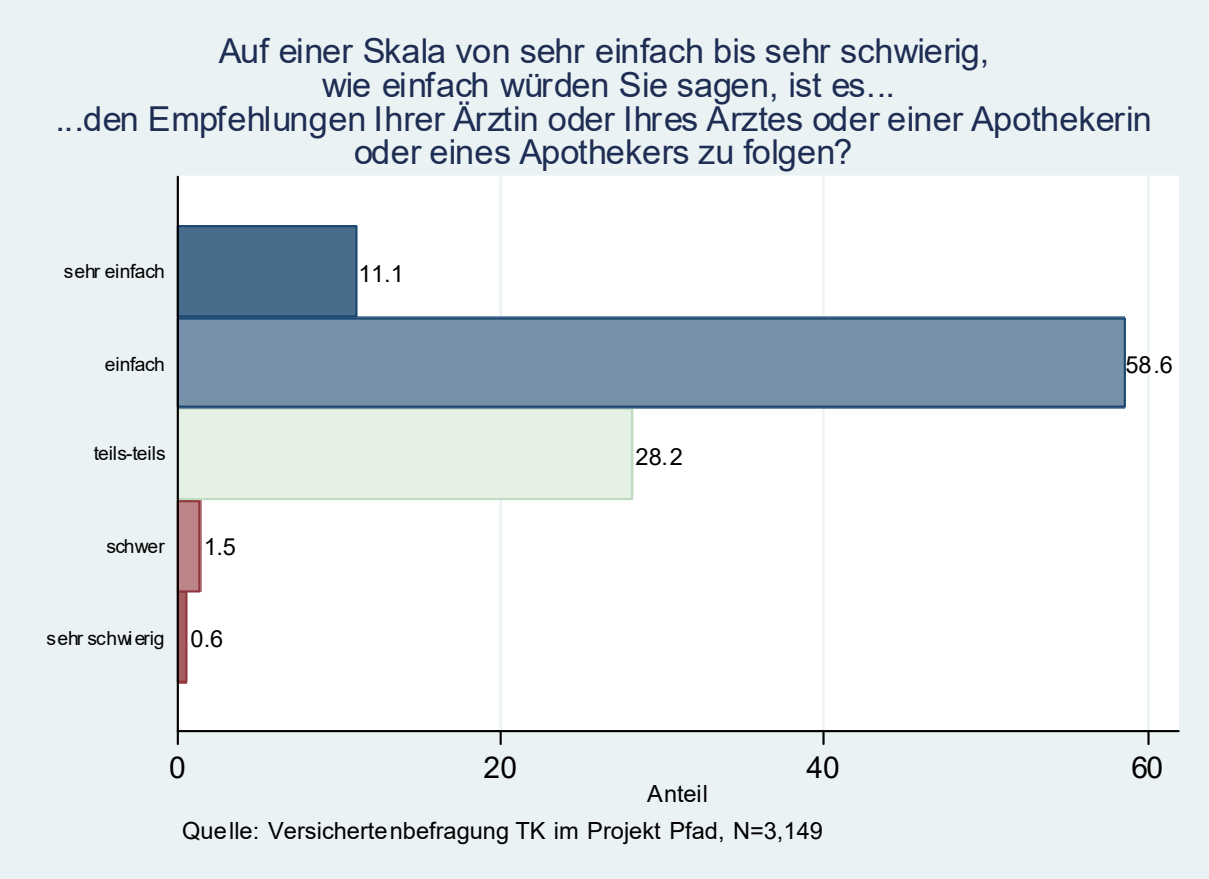
b) ... die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?

☐ sehr einfach
☐ einfach
☐ teils - teils
☐ schwer
☐ sehr schwierig



c) ... den Empfehlungen Ihrer Ärztin oder Ihres Arztes oder einer Apothekerin oder eines Apothekers zu folgen?

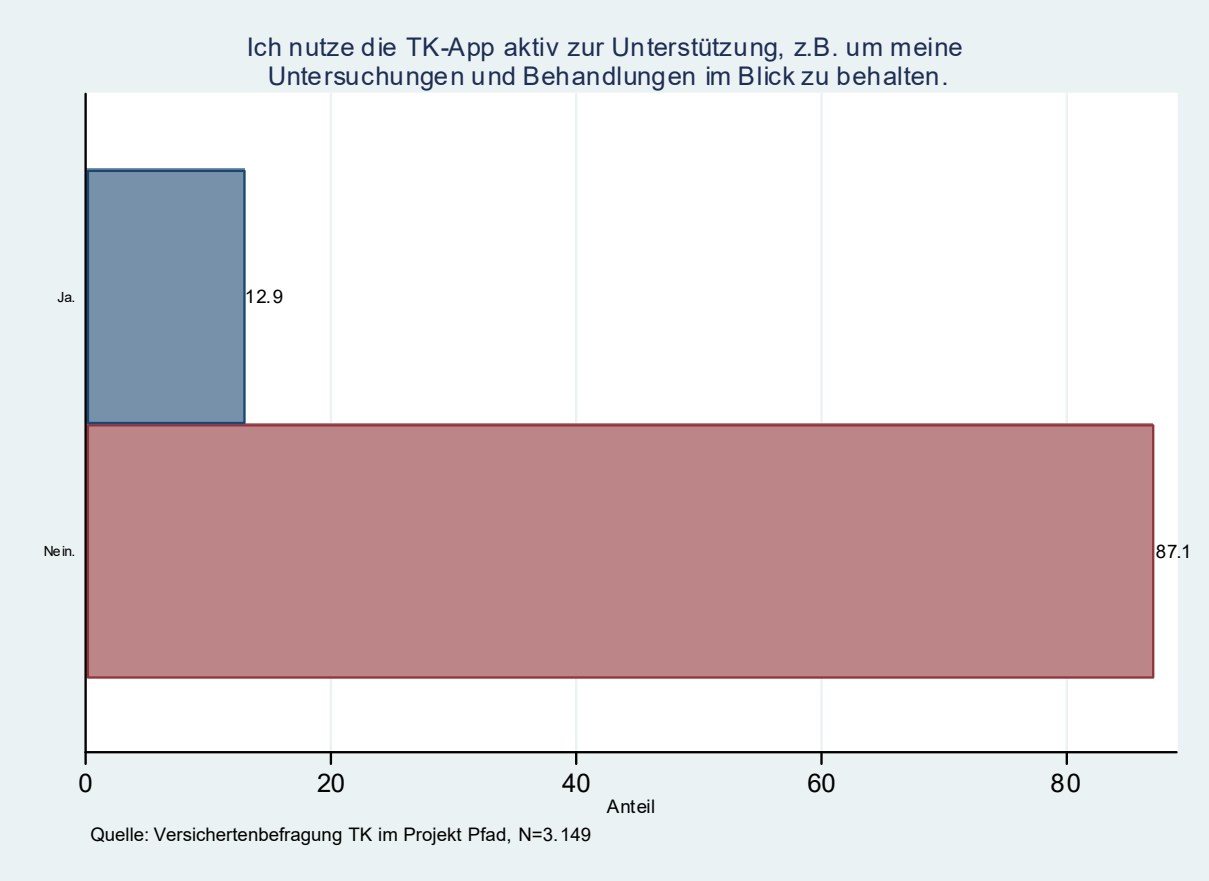
☐ sehr einfach
☐ einfach
☐ teils - teils
☐ schwer
☐ sehr schwierig



Frage 24:

Ich nutze die TK-App aktiv zur Unterstützung, z. B. um meine Untersuchungen und Behandlungen im Blick zu behalten.

☐ Ja.
☐ Nein.

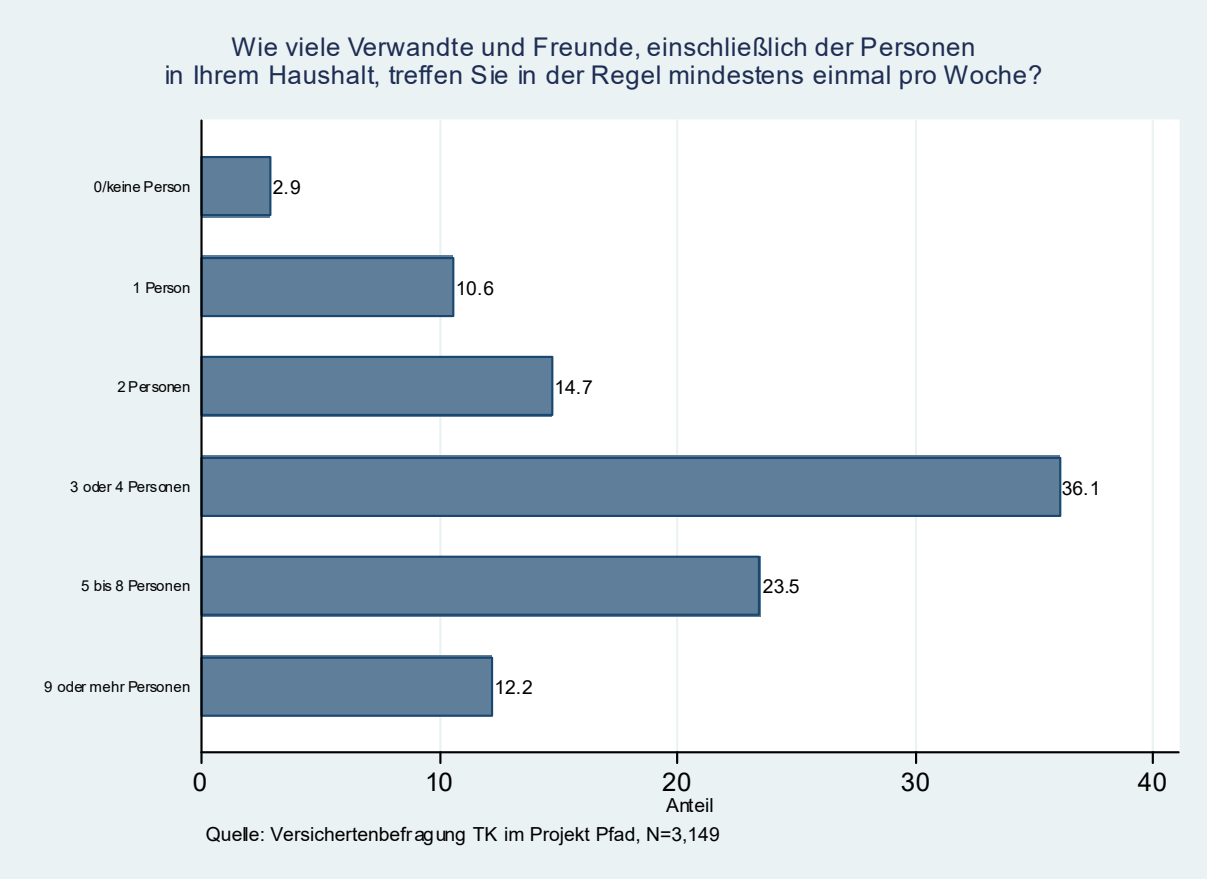


Soziales Umfeld

Frage 25:

Wie viele Verwandte und Freunde, einschließlich der Personen in Ihrem Haushalt, treffen Sie in der Regel mindestens einmal pro Woche?

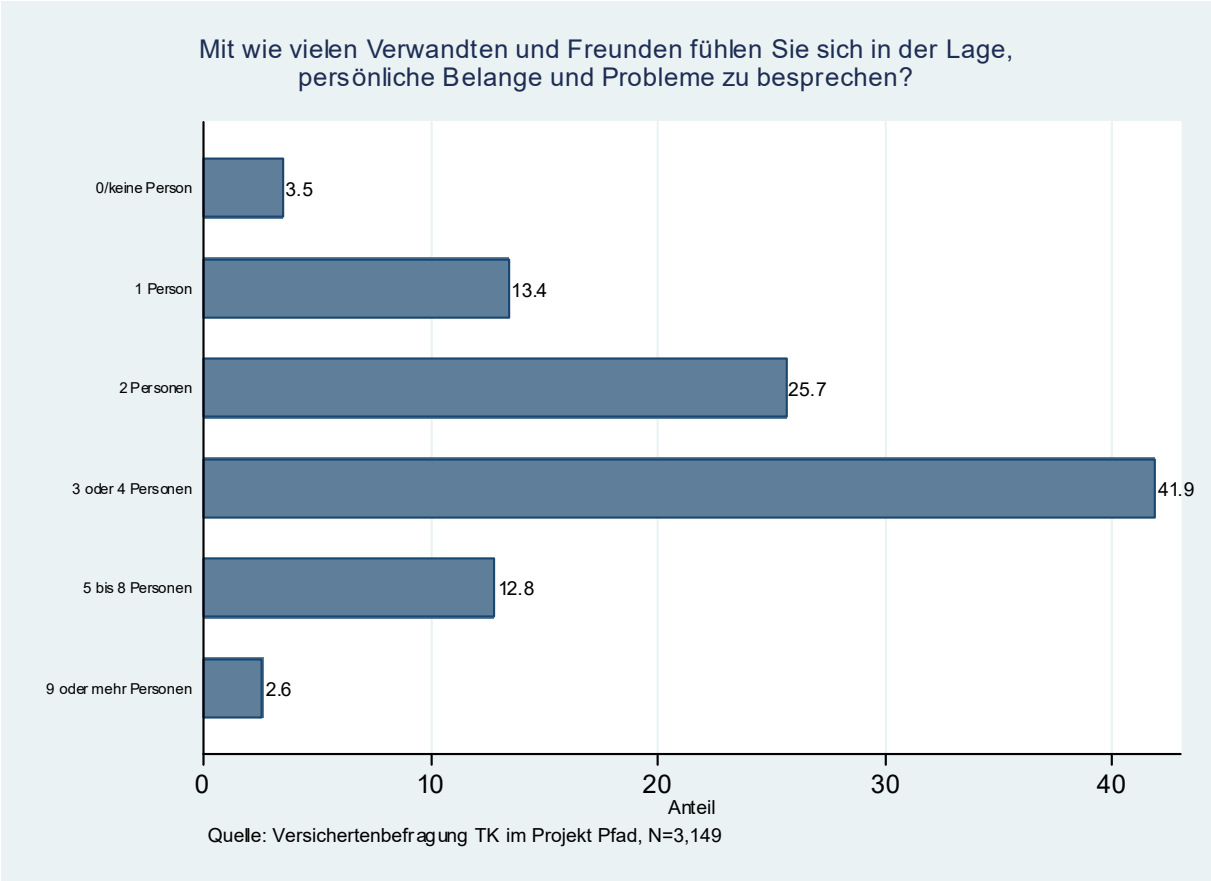
- ☐ 0/keine Person
- ☐ 1 Person
- ☐ 2 Personen
- ☐ 3 oder 4 Personen
- ☐ 5 bis 8 Personen
- ☐ 9 oder mehr Personen



Frage 26:

Mit wie vielen Verwandten und Freunden fühlen Sie sich in der Lage, persönliche Belange und Probleme zu besprechen?

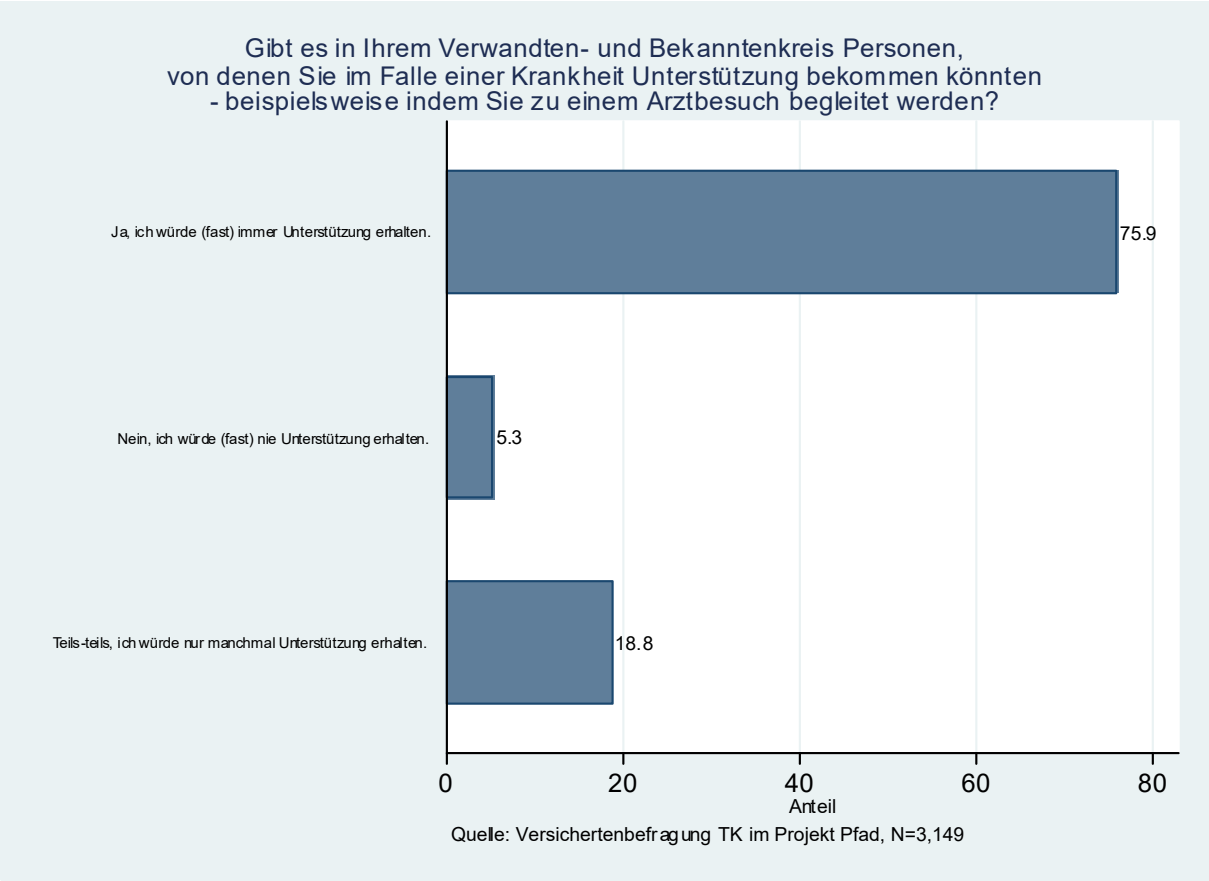
- ☐ 0/keine Person
- ☐ 1 Person
- ☐ 2 Personen
- ☐ 3 oder 4 Personen
- ☐ 5 bis 8 Personen
- ☐ 9 oder mehr Personen



Frage 27:

Gibt es in Ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis Personen, von denen Sie im Falle einer Krankheit Unterstützung bekommen könnten - beispielsweise indem Sie zu einem Arztbesuch begleitet werden?

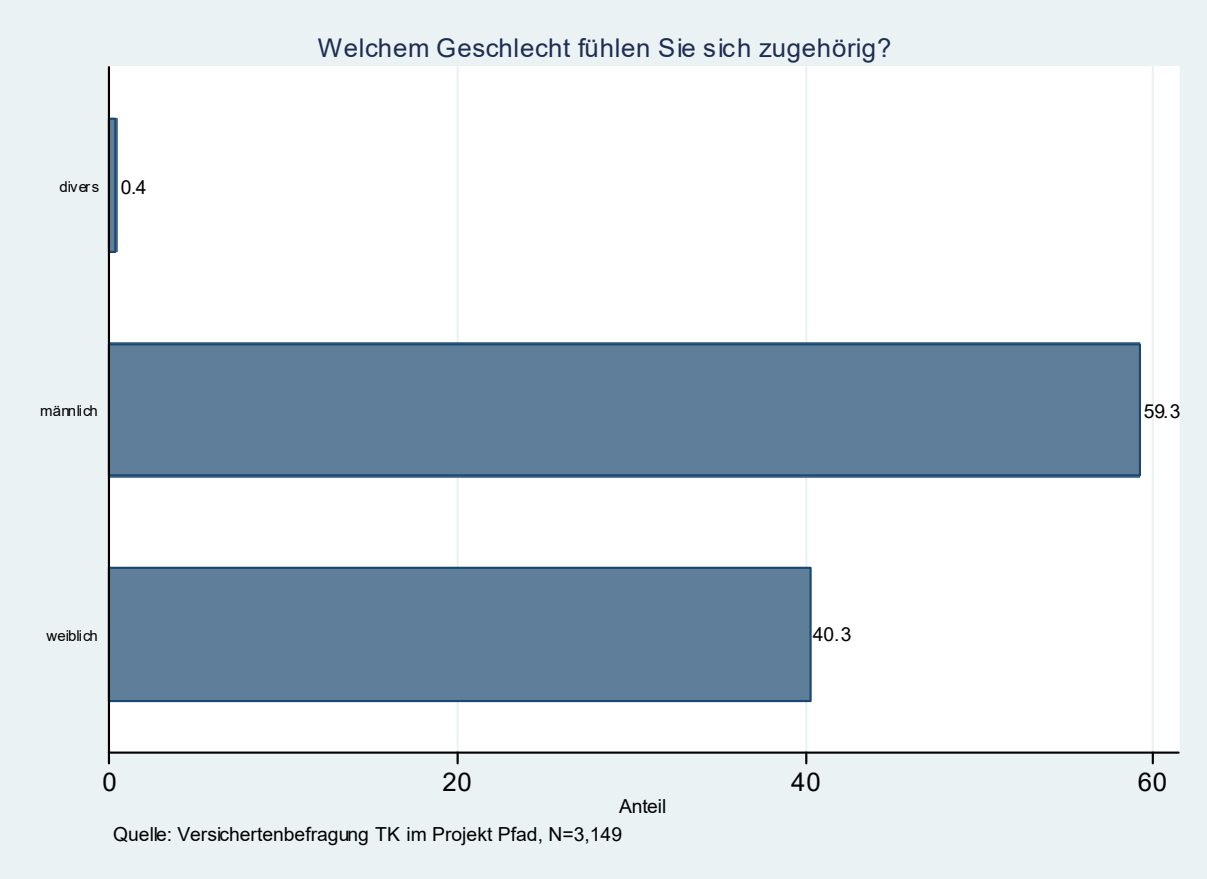
- ☐ Ja, ich würde (fast) immer Unterstützung erhalten.
- ☐ Teils-teils, ich würde nur manchmal Unterstützung erhalten.
- ☐ Nein, ich würde (fast) nie Unterstützung erhalten.



Fragen zu Ihrer Person

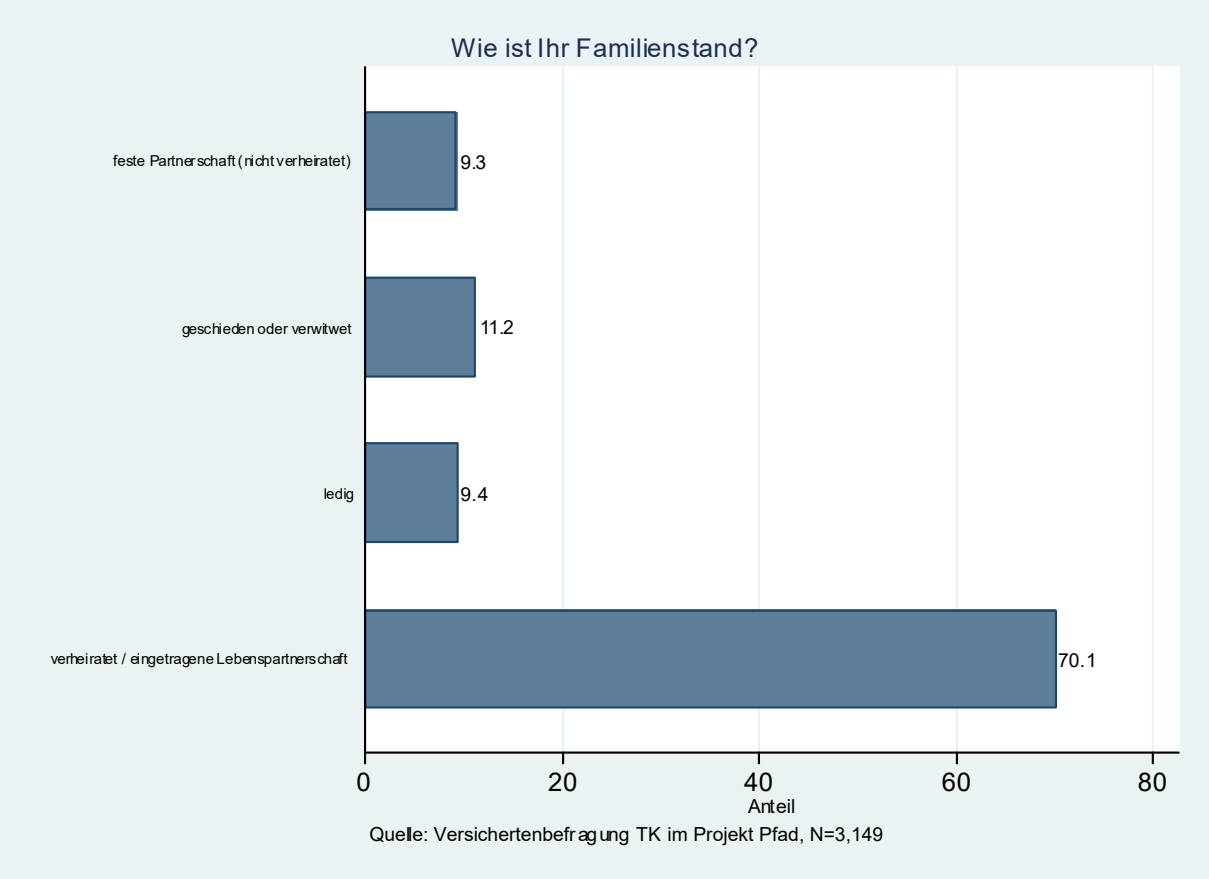
Frage 28:
Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ divers



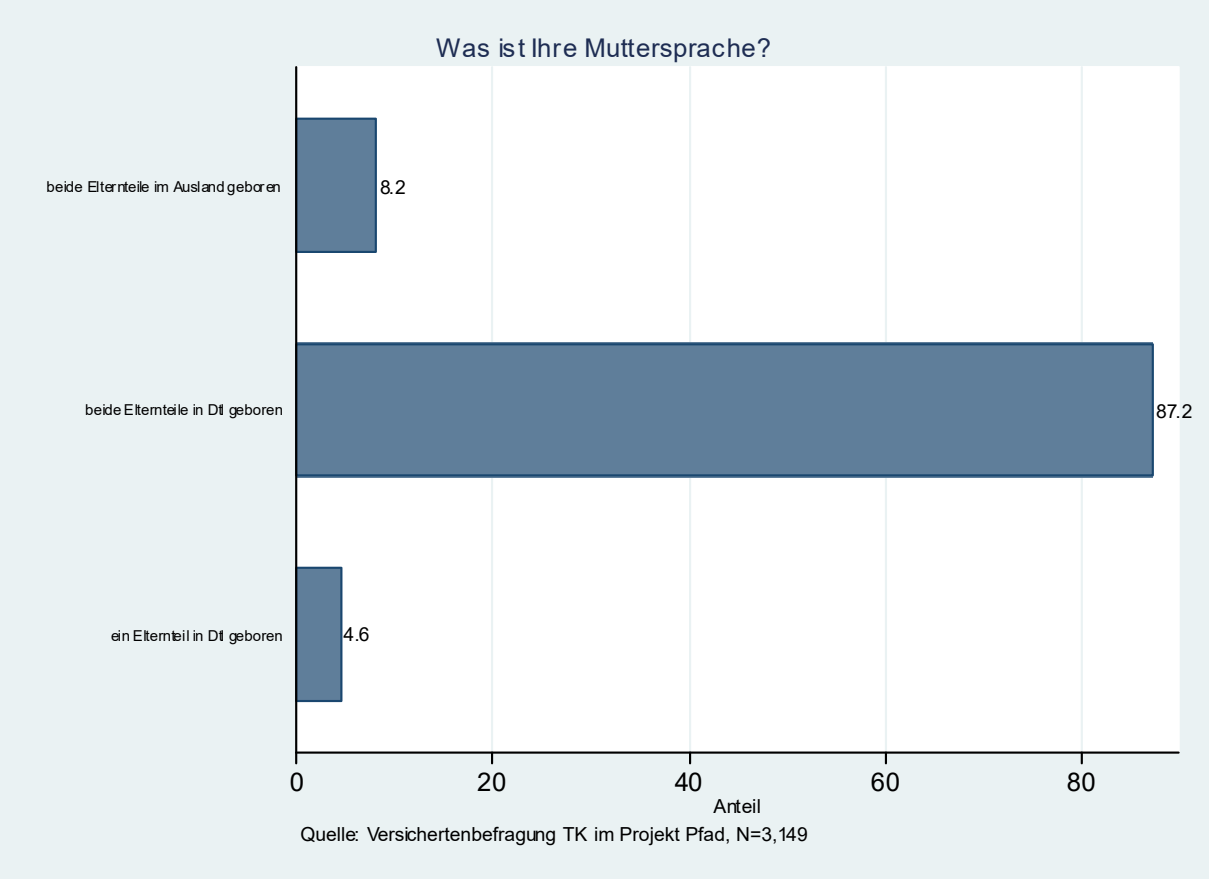
Frage 29:
Wie ist Ihr Familienstand?

- ☐ ledig
- ☐ feste Partnerschaft (nicht verheiratet)
- ☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft
- ☐ geschieden oder verwitwet



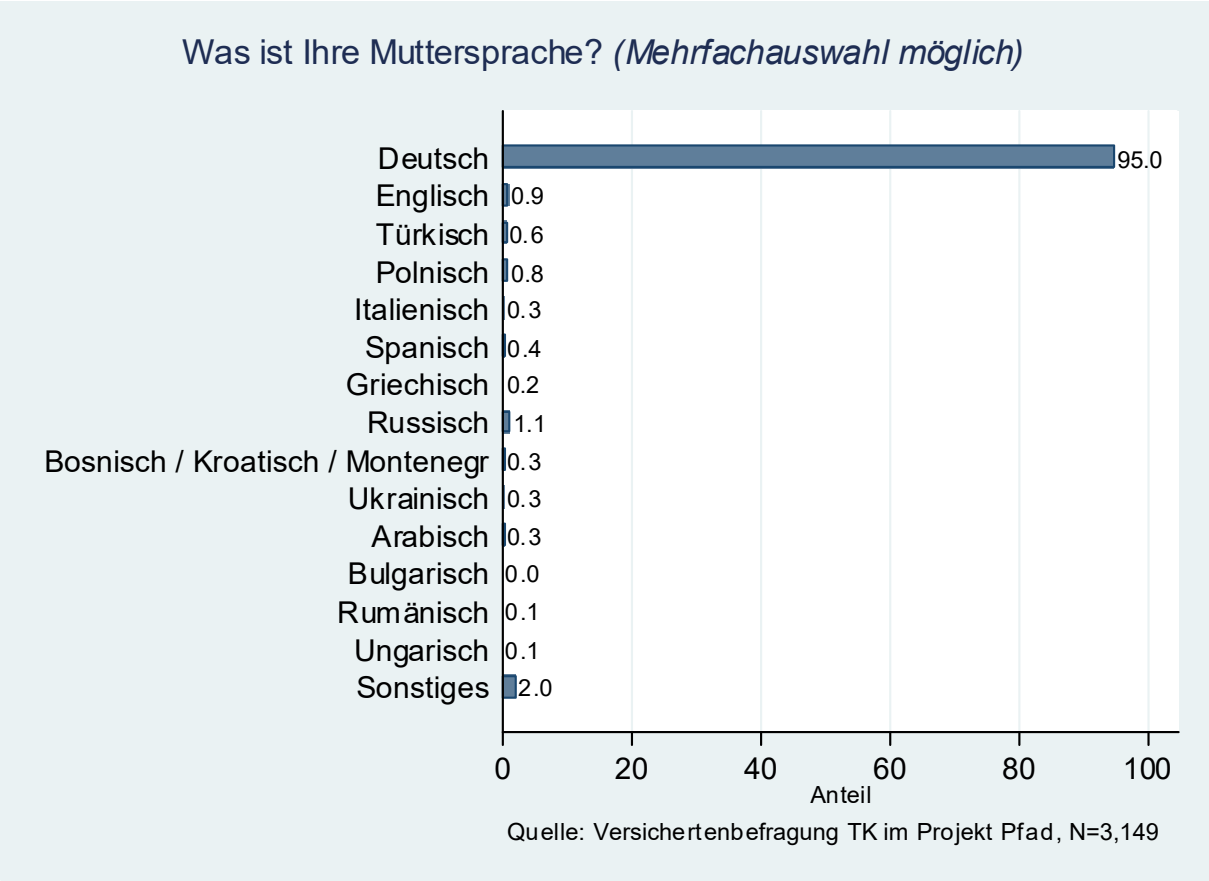
Frage 30:
Wurden Ihre Eltern in Deutschland oder einem anderen Land geboren?

- ☐ Beide Elternteile wurden in Deutschland geboren.
- ☐ Beide Elternteile wurden in einem anderen Land geboren.
- ☐ Ein Elternteil wurde in Deutschland geboren und der andere Elternteil in einem anderen Land.



Frage 31:
Was ist Ihre Muttersprache?
(Mehrfachauswahl möglich, maximal 4 Antworten auswählbar)

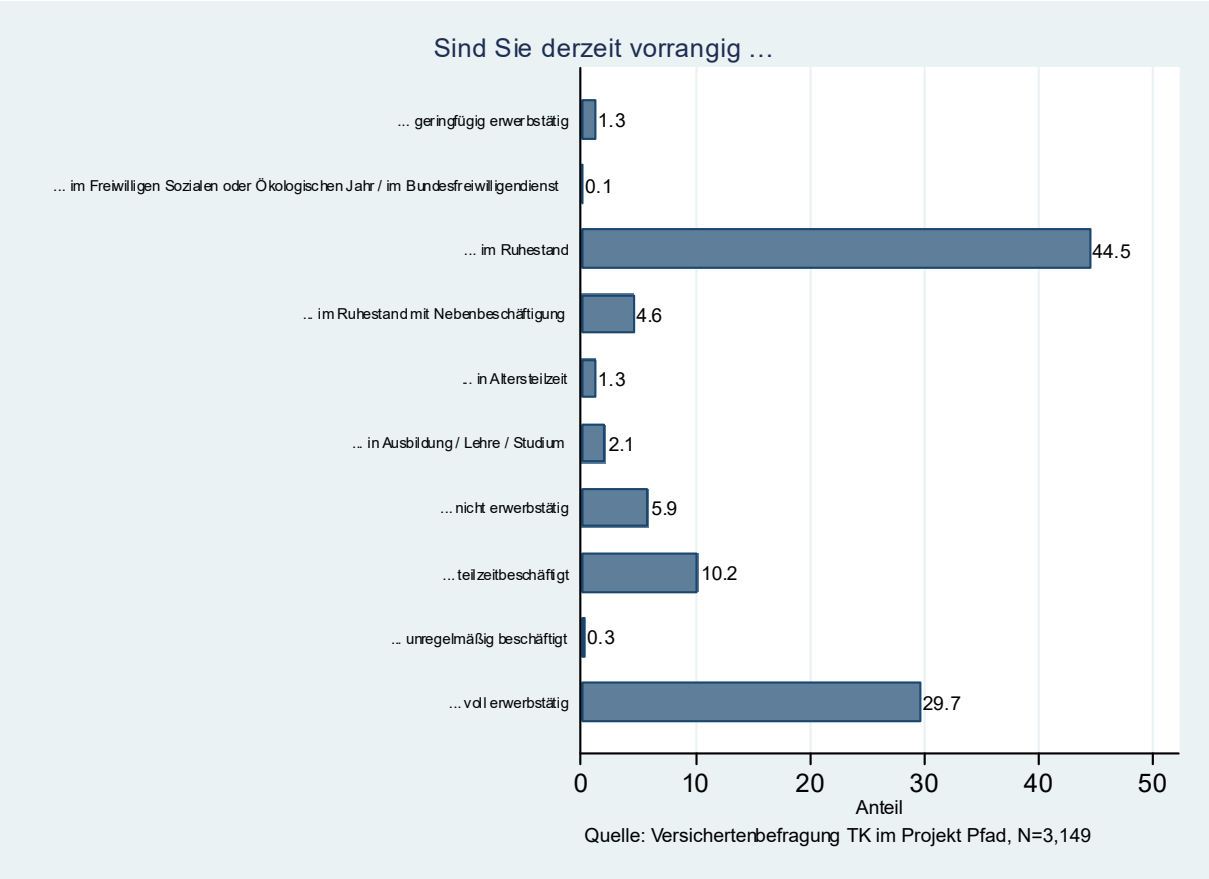
- ☐ Deutsch
- ☐ Englisch
- ☐ Türkisch
- ☐ Polnisch
- ☐ Italienisch
- ☐ Spanisch
- ☐ Griechisch
- ☐ Russisch
- ☐ Bosnisch / Kroatisch / Montenegrinisch / Serbisch
- ☐ Ukrainisch
- ☐ Arabisch
- ☐ Bulgarisch
- ☐ Rumänisch
- ☐ Ungarisch
- ☐ Andere (bitte benennen): _____



Tätigkeit

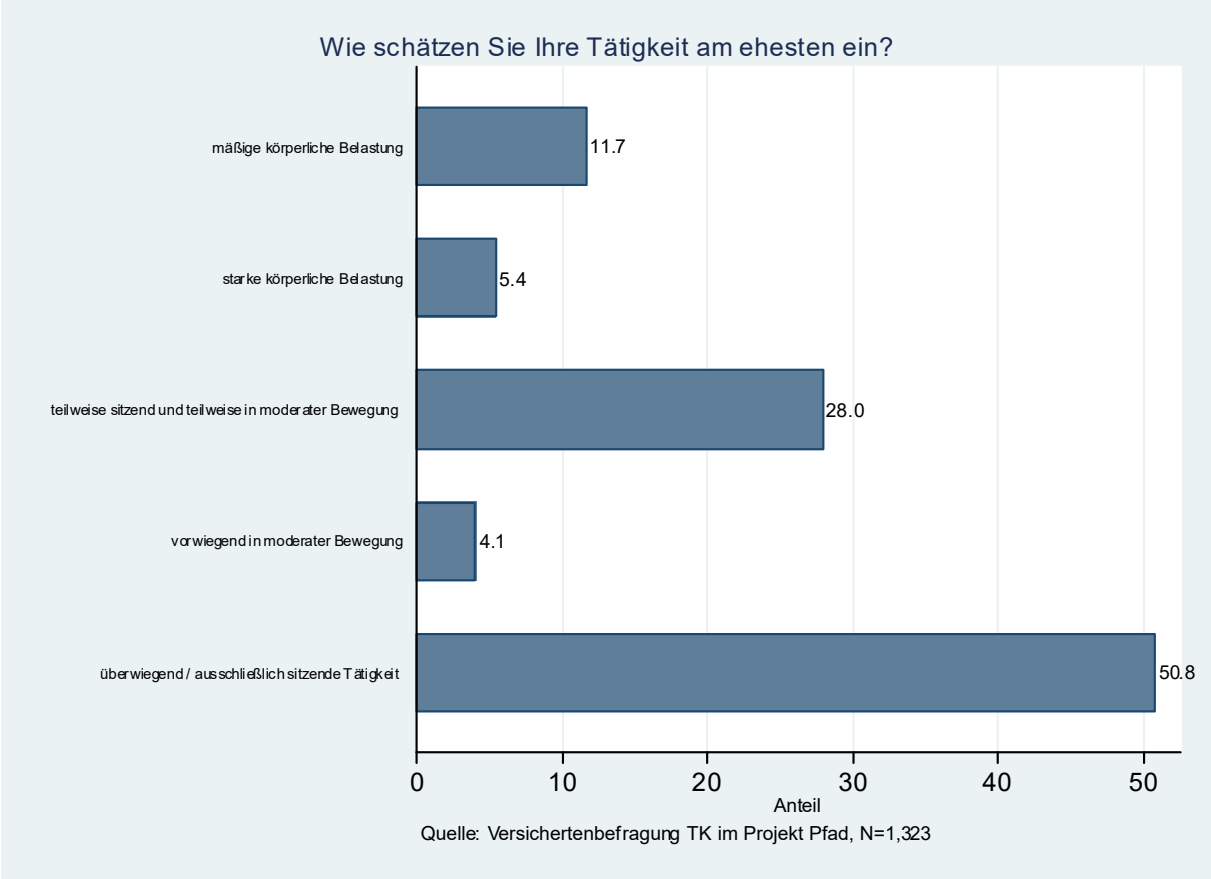
Frage 32:
Sind Sie derzeit vorrangig …

- ☐ ... voll erwerbstätig
- ☐ ... teilzeitbeschäftigt
- ☐ ... in Ausbildung / Lehre / Studium
- ☐ ... geringfügig erwerbstätig
- ☐ ... in Altersteilzeit
- ☐ ... unregelmäßig beschäftigt
- ☐ ... im Freiwilligen Sozialen oder Ökologischen Jahr / im Bundesfreiwilligendienst
- ☐ ... im Ruhestand
- ☐ ... im Ruhestand mit Nebenbeschäftigung
- ☐ ... nicht erwerbstätig



Frage 32a:
Wie schätzen Sie Ihre Tätigkeit am ehesten ein?

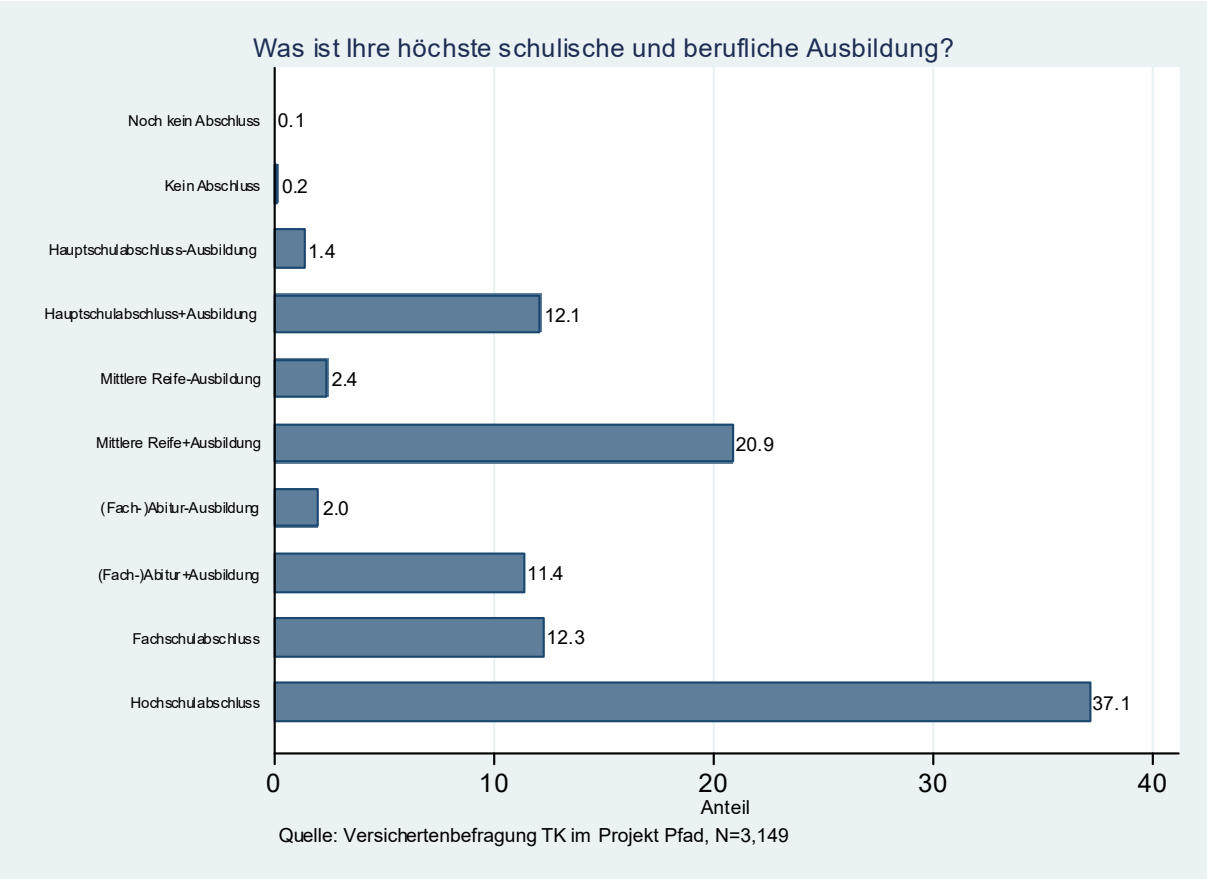
- ☐ überwiegend / ausschließlich sitzende Tätigkeit (z. B. Bürojob)
- ☐ teilweise sitzend und teilweise in moderater Bewegung (z. B. ein Bürojob mit Außendiensten, Lehrtätigkeit)
- ☐ vorwiegend in moderater Bewegung (z. B. Hotelgewerbe, Gastronomie)
- ☐ mäßige körperliche Belastung (Einzelhandel, mäßige Handwerkstätigkeit)
- ☐ starke körperliche Belastung (Umzugsunternehmen, Immobilienbau, belastende Handwerkstätigkeit)



Schule, Ausbildung und Haushaltszusammensetzung

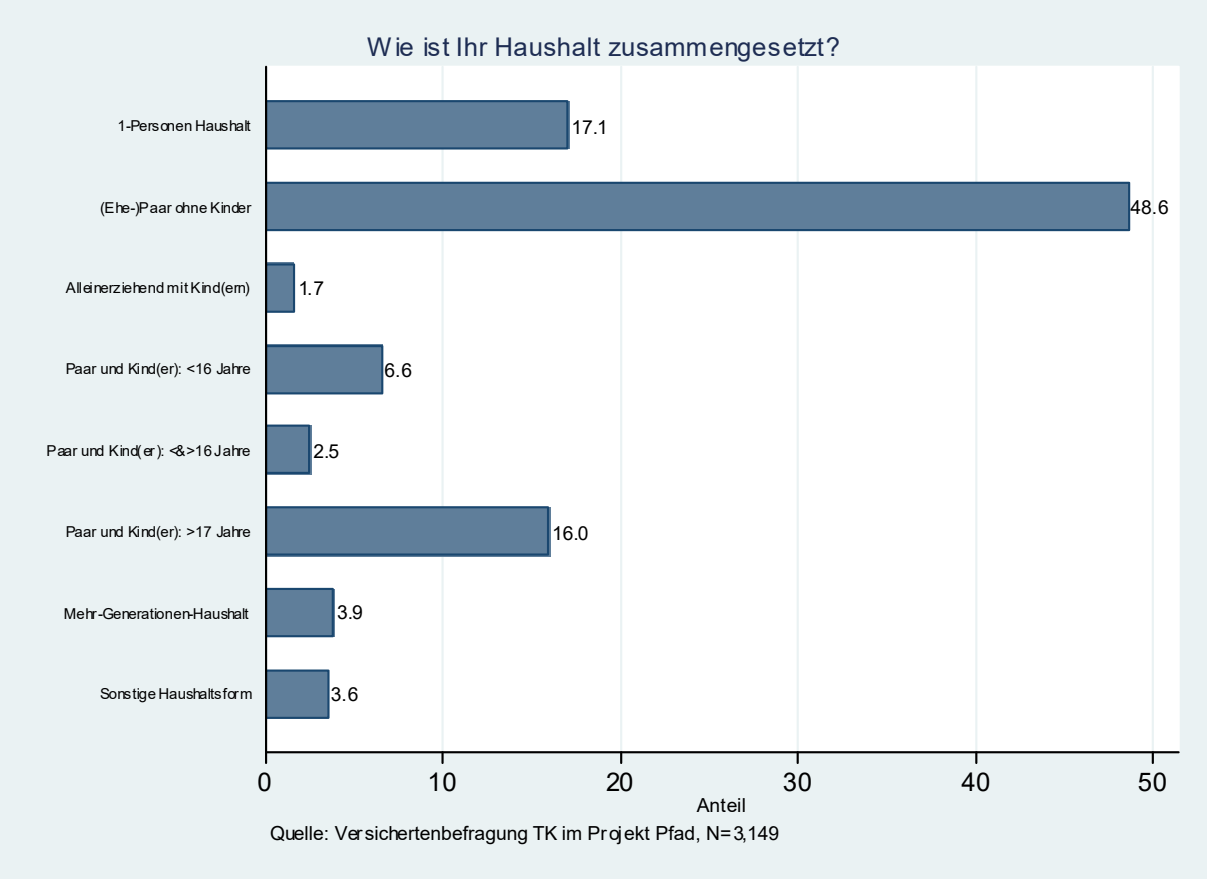
Frage 33:
Was ist Ihre höchste schulische und berufliche Ausbildung?

- ☐ Kein Abschluss
- ☐ Hauptschulabschluss o. ä. ohne berufliche Ausbildung
- ☐ Hauptschulabschluss o. ä. und berufliche Ausbildung
- ☐ Mittlere Reife o. ä. ohne berufliche Ausbildung
- ☐ Mittlere Reife o. ä. mit beruflicher Ausbildung
- ☐ (Fach-)Abitur ohne berufliche Ausbildung
- ☐ (Fach-)Abitur und berufliche Ausbildung
- ☐ Fachschulabschluss oder ähnliches
- ☐ Hochschulabschluss
- ☐ Noch in der Schule ohne bisherigen Abschluss



Frage 34:
Wie ist Ihr Haushalt zusammengesetzt?

- ☐ 1-Personen Haushalt
- ☐ (Ehe-)Paar ohne Kinder
- ☐ Alleinerziehend mit Kind(ern)
- ☐ Paar und Kind(er): alle Kinder höchstens 16 Jahre
- ☐ Paar und Kind(er): alle Kinder älter als 16 Jahre (17+)
- ☐ Paar und Kind(er): sowohl älter als auch jünger als 16 Jahre
- ☐ Mehr-Generationen-Haushalt
- ☐ Sonstige Haushaltsform (bitte benennen): _____



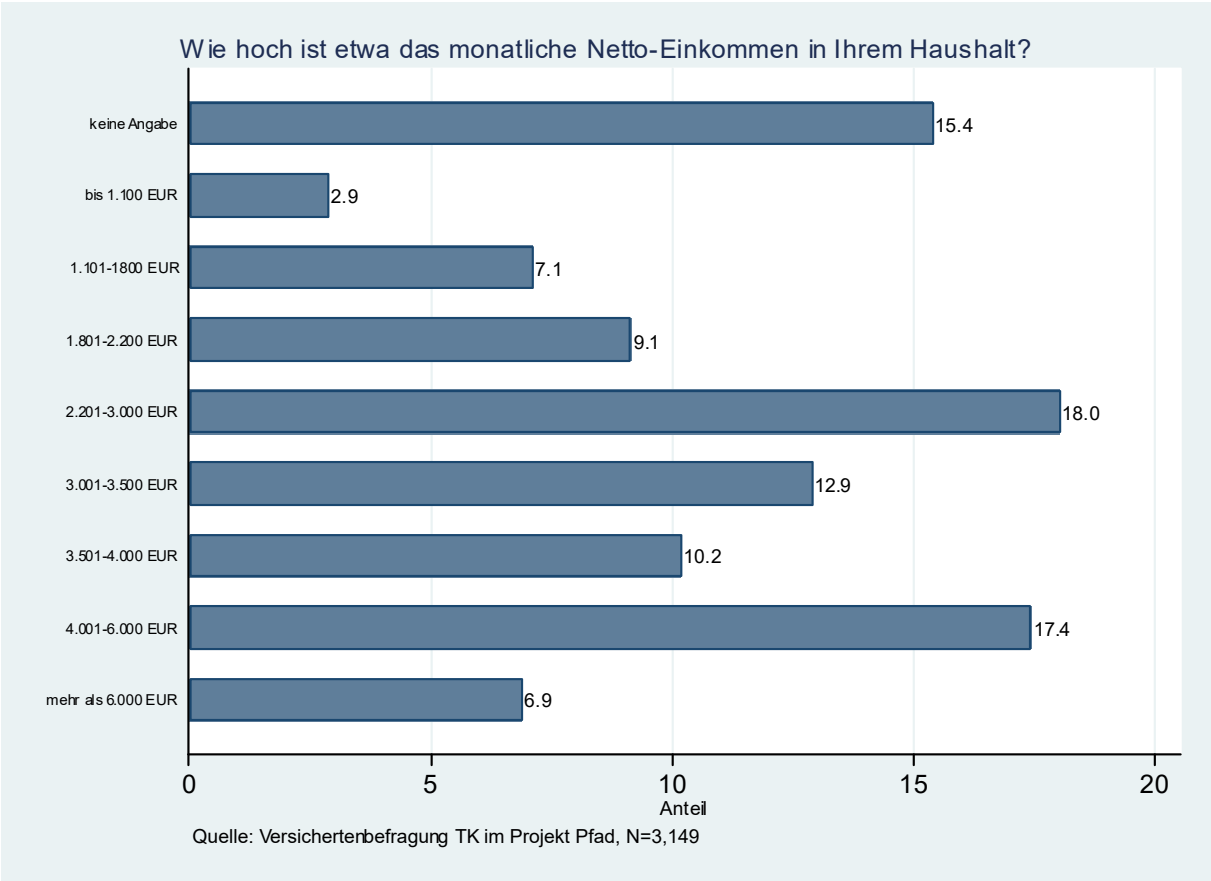
Einkommen

Frage 35:

Letzte Frage: Wie hoch ist etwa das monatliche Netto-Einkommen in Ihrem Haushalt?

Bitte berücksichtigen Sie: die Summe der Einkommen aller im Haushalt lebenden Personen, Rentenbezüge, Pensionen, Kindergeldzahlungen und weitere Einkünfte.

- ☐ bis 1.100€
- ☐ 1.101€ bis 1.800€
- ☐ 1.801€ bis 2.200€
- ☐ 2.201€ bis 3.000€
- ☐ 3.001€ bis 3.500€
- ☐ 3.501€ bis 4.000€
- ☐ 4.001€ bis 6.000€
- ☐ mehr als 6.000€
- ☐ Keine Angabe



Abgleich der angeschriebenen mit der teilnehmenden Population:

1. Bundesländer

	Angeschrieben		Teilnahme		Abweichung Angeschriebene zu Teilnehmende	Bevölkerung 2022		Teilnahme im Vergleich zur Bevölkerung
		relativ		relativ			relativ	
Bundesländer								
Baden-Württemberg	2.499	11,4%	392	12,4%	1,1%	11.280.257	13,4%	-0,9%
Bayern	2.795	12,7%	417	13,2%	0,5%	13.369.393	15,8%	-2,6%
Berlin	1.736	7,9%	204	6,5%	-1,4%	3.755.251	4,5%	2,0%
Brandenburg	651	3,0%	93	3,0%	0,0%	2.573.135	3,1%	-0,1%
Bremen	147	0,7%	22	0,7%	0,0%	684.864	0,8%	-0,1%
Hamburg	860	3,9%	100	3,2%	-0,7%	1.892.122	2,2%	0,9%
Hessen	1.829	8,3%	285	9,1%	0,7%	6.391.360	7,6%	1,5%
Mecklenburg-Vorpommern	451	2,1%	64	2,0%	0,0%	1.628.378	1,9%	0,1%
Niedersachsen	2.013	9,2%	288	9,1%	0,0%	8.140.242	9,6%	-0,5%
Nordrhein-Westfalen	5.296	24,1%	755	24,0%	-0,1%	18.139.116	21,5%	2,5%
Rheinland-Pfalz	1.064	4,8%	149	4,7%	-0,1%	4.159.150	4,9%	-0,2%
Saarland	218	1,0%	22	0,7%	-0,3%	992.666	1,2%	-0,5%
Sachsen	599	2,7%	106	3,4%	0,6%	4.086.152	4,8%	-1,5%
Sachsen-Anhalt	375	1,7%	52	1,7%	-0,1%	2.186.643	2,6%	-0,9%
Schleswig-Holstein	1.084	4,9%	145	4,6%	-0,3%	2.953.270	3,5%	1,1%
Thüringen	337	1,5%	55	1,7%	0,2%	2.126.846	2,5%	-0,8%
Gesamt	**21.954**		**3.149**			**84.358.845**		

2. Geschlecht

Männlich	12.305	55,9%	1.870	59,4%	3,4%	41.559.052	49,3%	10,1%
Weiblich	9.694	44,1%	1.279	40,6%	-3,4%	42.799.792	50,7%	-10,1%
Gesamt	**21.999**		**3.149**			**84.358.844**		

3. Alter

18 bis unter 25 Jahren	1.169	5,3%	49	1,6%	-3,8%	6.158.196	8,8%	-7,2%
25 bis unter 30 Jahren	1.130	5,1%	50	1,6%	-3,5%	5.061.531	7,2%	-5,6%
30 bis unter 50 Jahren	5.341	24,3%	441	14,0%	-10,3%	21.258.429	30,3%	-16,3%
50 bis unter 65 Jahren	6.551	29,8%	1.057	33,6%	3,8%	18.980.740	27,1%	6,5%
65 bis unter 75 Jahren	3.849	17,5%	794	25,2%	7,7%	9.363.832	13,4%	11,9%
75 Jahre und älter	3.959	18,0%	758	24,1%	6,1%	9.279.473	13,2%	10,8%
	21.999		**3.149**			**70.102.200**		